

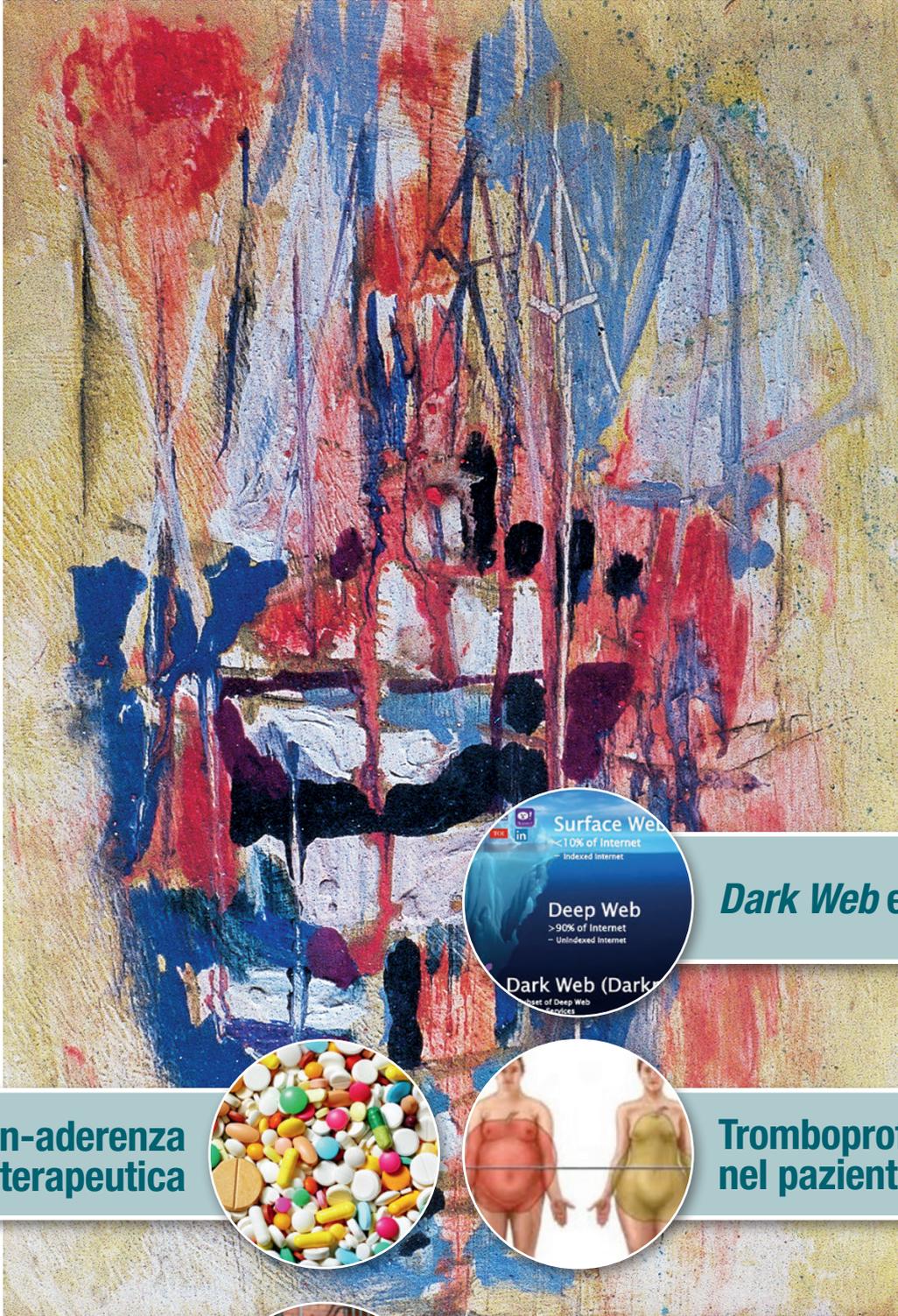
TOSCANA MEDICA

MENSILE DI INFORMAZIONE E DIBATTITO A CURA DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FIRENZE

Mensile - Anno XXXVII n. 9 ottobre 2019 - Spedizione in Abbonamento Postale - Stampe Periodiche in Regime Libero - FIRENZE n. MBPA/CN/FI/0002/2018 - Aut. Trib. Fi. n. 3138 del 26/05/1983

OTTOBRE

9



Dark Web e stupefacenti

La non-aderenza terapeutica



Tromboprolifassi nel paziente obeso



Il progetto *Informed Health Choices*



**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI FIRENZE**







Anno XXXVII - n. 9 ottobre 2019

ISSN 2611-9412 (print) – ISSN 2612-2901 (online)

Direttore Responsabile
Teresita Mazzei

Capo Redattore
Simone Pancani

Segretaria di Redazione
Antonella Barresi

Direzione e Redazione
Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
Via G.C. Vanini, 15 - 50129 Firenze
tel. 055 05750625
telefax 055 481045
a.barresi@omceofi.it
www.ordine-medici-firenze.it

Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

Editore

Pacini Editore Srl - via Gherardesca 1 - 56121 Pisa
www.pacinieditoremedicina.it

Advertising and New Media Manager: Manuela Mori
Tel. 050 3130217 • mmori@pacinieditore.it

Ufficio Editoriale: Lucia Castelli
Tel. 050 3130224 • lcastelli@pacinieditore.it

Grafica e Impaginazione: Massimo Arcidiacono
Tel. 050 3130231 • marcidiacomo@pacinieditore.it

Stampa

Industrie Grafiche Pacini
via Gherardesca 1 - 56121 Pisa
www.grafichepacini.com

Finito di stampare Ottobre 2019 presso le IGP - Pisa

L'editore resta a disposizione degli aventi diritto con i quali non è
stato possibile comunicare e per le eventuali omissioni.

La informiamo che secondo quanto disposto dall'art.
13, comma 1, legge 675/96 sulla "Tutela dei dati per-
sonali", Lei ha diritto, in qualsiasi momento e del tutto
gratuitamente, di consultare, far modificare o cancel-
lare i Suoi dati o semplicemente opporsi al loro tratta-
mento per l'invio della presente rivista. Tale Suo diritto
potrà essere esercitato semplicemente scrivendo a:
a.barresi@omceofi.it

Fondato da
Giovanni Turziani

In copertina
Enrico Paulucci
Barche
Olio su compensato
cm 15x15
Firenze,
collezione privata



Teresita Mazzei



Simone Pancani



Antonella Barresi

LE COPERTINE DI TOSCANA MEDICA

- 4 Un medico all'inferno
D. Lippi

EDITORIALE

- 5 E adesso un po' di silenzio e riflessione
T. Mazzei

QUALITÀ E PROFESSIONE

- 6 Il *Dark Web* e l'acquisto di sostanze stupefacenti
D. Posarelli
- 9 Introduzione al problema della "non-aderenza terapeutica".
Definizione e panoramica delle conseguenze
S. Giustini e coll.
- 13 La buona salute dipende da buone scelte.
Il progetto *Informed Health Choices* arriva a Firenze
R. Rasoini e coll.
- 15 L'approccio cognitivo comportamentale integrato
per l'età evolutiva
S. Masetti e coll.
- 17 *Screening* per HCV e HIV in Medicina Generale:
un'opportunità per contrastare il "sommerso"
A. Vannini e coll.
- 20 Medicina Manuale
P. Pasquetti e coll.
- 23 Farmaci antipsicotici in età evolutiva.
Aggiornamento in materia di prescrizione
R. Lo Parrino e coll.
- 25 Il respiro consapevole: strumento di *recovery*
delle dipendenze patologiche
L. Calviani e coll.

RICERCA E CLINICA

- 27 Tromboprolifiassi nel paziente obeso sottoposto a intervento
di chirurgia bariatrica o chirurgia generale ad alto rischio
F. Marini e coll.

12, 16 - CORSI E SEMINARI

30 - VITA DELL'ORDINE

COME INVIARE GLI ARTICOLI A TOSCANA MEDICA

- Inviare gli articoli a: a.barresi@omceofi.it, con un abstract di 400 battute spazi inclusi e 5 parole chiave
- Lunghezza max articoli: 9.000 battute spazi inclusi, più iconografia, max 3-4 immagini
- Lunghezza max Lettere al Direttore: 3.000 battute spazi inclusi
- Taglio divulgativo e non classicamente scientifico
- No Bibliografia ma solo un indirizzo e-mail a cui richiederla
- Non utilizzare acronimi
- Primo Autore: inviare una foto e un curriculum di 400 battute spazi inclusi da inserire nel testo e per motivi redazionali un numero telefonico e un indirizzo postale se non iscritto all'Ordine di Firenze
- Autori: indicare per esteso nome, cognome, qualifica, provincia di appartenenza



MISTO
Carta da fonti gestite
in maniera responsabile
FSC® C111769

Un medico all'inferno

di Donatella Lippi



DONATELLA LIPPI
Professore di Storia della Medicina e Medical Humanities, Università degli Studi di Firenze

Nel 2021, il mondo celebrerà i 700 anni dalla morte di Dante Alighieri. Come tutti i capolavori della letteratura mondiale, anche la *Commedia* dantesca si presta a infinite letture, non ultima quella medica.

Dante, infatti, era iscritto all'Arte dei Medici e degli Speciali; si dice frequentasse le lezioni di Taddeo Alderotti a Bologna; amò Beatrice Portinari, il cui padre, Folco di Ricovero, fondò l'ospedale di Santa Maria Nuova e la cui governante, Monna Tessa, fu la prima Oblata.

Ma, al di là della biografia, anche l'opera dantesca è ricca di testimonianze e di legami col mondo della medicina e della chirurgia.

Se la *Commedia* è un viaggio nei tre regni dell'oltretomba, l'*Inferno* descrive la discesa di Dante nella voragine infernale: Virgilio lo accompagnerà attraverso l'*Inferno* e il *Purgatorio*, ma, per salire in *Paradiso*, Dante avrà bisogno dell'aiuto di un'anima più degna, Beatrice, che veglia già sul suo cammino.

Dante segue Virgilio in questo mistico viaggio e, con lui, entra nel mondo invisibile ai vivi, per scendere nella profondità delle viscere della Terra.

I dannati dell'*Inferno* hanno la forza di creature scultoree: sono quasi tutti personaggi storici, ma non mancano figure mitologiche, reinterpretate alla luce della sensibilità del Medioevo, o personaggi ancora in vita al momento della stesura della *Cantica*, la cui anima è stata dannata e punita da Dio, ancor prima della morte fisica.

L'*Inferno* è il regno del dolore.

Per me si va nella città dolente, / Per me si va nell'eterno dolore (*Inf.* III, vv. 1-2): il viaggio nell'*Inferno* costituisce un vero e proprio percorso attraverso una selezione raffinatissima e perfettamente orchestrata di

sensazioni dolorose, contestualizzate nelle diverse pene a cui sono sottoposti i dannati, dal dolore puntorio degli ignavi, tormentati a sangue da mosconi e vespe, al dolore temporale prodotto dal remo di Caronte, che *batte* le anime che indugiano sulla riva, e che sarà anche quello degli iracondi, condannati a percuotersi furiosamente (*Inf.* VII, vv. 112-114), immersi nella palude Stigia del V Cerchio.

Sospiri, pianti e alti guai: una progressione ascendente, che poi discende nella notazione dei linguaggi (*diverse lingue*), delle pronunzie (*orribili favelle*), delle espressioni (*parole di dolore*), dei toni e delle voci (*accenti d'ira, voci alte e fioche*), in un mondo sonoro forte e disarmonico.

I vari livelli sensoriali di un dolore *che spacca, che strappa e che raschia* ricorrono nel III Cerchio, dove Cerbero *graffia, iscoia e isquatra* (*Inf.* VI, v. 18) i dannati sottoposti a una pioggia fredda e incessante: il riferimento termico, in questo caso il freddo, è il primo di una lunga serie, là dove nel X Canto sarà quello di una sensazione di dolore *che brucia*, a cui sono condannate le anime degli eretici, nelle loro arche di fuoco.

Se i serpenti *fasciano* o *stringono* i ladri nelle loro spire, a un dolore irritante sono sottoposti i falsari (*Inf.* XXX), vittime di malattie ripugnanti e costretti a grattarsi continuamente e inutilmente per ridurre lo strazio.

In questo crescendo di colpe e di pene, che Dante ha declinato, secondo il pensiero aristotelico di una gerarchia del male basata sulla ragione, passando dalle forti passioni degli incontinenti ai nolenti e a coloro che hanno voluto razionalmente e freddamente compiere il male,

anche l'ambiente condivide questa degenerazione e ai Cerchi della città di Dite succedono le Malebolge, dove la natura appare partecipe di questo generale processo di dissoluzione: sponde dirupate e valloni melmosi rappresentano il contrappunto paesaggistico di un più universale mutamento.

Tormenta e piogge hanno lasciato il posto all'immobilità di laghi ghiacciati; ai demoni mitologici rabbiosi dei primi Canti succedono diavoli dall'aspetto grottesco e dalla gestualità bizzarra; al movimento dei dannati dei primi Gironi, si contrappongono i dannati conficcati nel gelo di Cocito, in una progressiva immobilizzazione della vita, in cui si spengono anche le lacrime.

In questa silloge di dolori e di dolore, analizzati con una straordinaria attenzione anche in riferimento agli effetti che la pena produce dal punto di vista affettivo e critico, la precisione descrittiva consente di individuare almeno 46 dei 78 termini riportati nel *Mc Gill Pain Questionnaire*, anche se in differenti forme.

Dopo questo percorso nel mondo del dolore, Dante e Virgilio potranno uscire a *riveder le stelle* sulla spiaggia del *Purgatorio*, avviandosi attraverso la catarsi della musica verso la luce del *Paradiso*.

Continua...

Per saperne di più: Dante Alighieri, *La Divina Commedia, con note storico-mediche di Donatella Lippi*, Fidenza: Mattioli 1885, 2009-2011

E adesso un po' di silenzio e riflessione

di Teresita Mazzei

Era inevitabile che si arrivasse a questo punto. La presa di posizione della FNOMCeO sul recente pronunciamento della Corte Costituzionale in tema di suicidio assistito ha suscitato polemiche a non finire, finendo per creare pericolose divisioni ideologiche tra medici sostenitori di istanze differenti. Bisogna con onestà riconoscere che arrivare a questo punto era, appunto, pressoché inevitabile, quando cioè le coscienze vengono messe in maniera ineludibile di fronte ad argomenti che oltre alla questione deontologica più stretta investono il sentire profondo di

ogni uomo. A maggior ragione se parliamo di medici che hanno fatto della lotta alla sofferenza il substrato vitale del proprio operare.

L'argomento è stato immediatamente amplificato dai media (e anche questo era facilmente prevedibile) in una ribalta spesso sguaiata di opposti pensieri e con l'opinione pubblica all'improvviso catapultata in un turbine di pronunciamenti più o meno di parte. Il tutto nell'assoluto silenzio della politica che, non avendo ancora avuto il coraggio di affrontare la questione con la dovuta chiarezza, non sembra nemmeno

avere ben compreso l'enorme importanza di quanto sancito dalla Suprema Corte.

In attesa che le acque si calmino, che i toni ritornino a un livello di accettabile confronto e che, soprattutto, venga reso noto l'impianto complessivo del pronunciamento, credo che potrebbe essere utile cercare un temporaneo "punto fermo" nella lettura della Comunicazione n.124 della nostra Federazione Nazionale degli Ordini che cerca di riportare la questione nei confini di una accettabile dialettica. La pubblichiamo di seguito integralmente.



FNOMCeO

Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
Il Presidente

COMUNICAZIONE N.124

AI PRESIDENTI OMCEO
AI PRESIDENTI CAO
AL COMITATO CENTRALE

Cari Presidenti,

il 25 settembre u.s. la Corte Costituzionale si è pronunciata sul suicidio assistito ritenendo "non punibile ai sensi dell'articolo 580 del codice penale, a determinate condizioni, chi agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di un paziente tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetto da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che egli reputa intollerabili ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli". È stata ritenuta una sentenza storica in quanto nel nostro Paese per la prima volta il principio all'autodeterminazione del cittadino non è limitato solo ai trattamenti sanitari, ma riguarda la possibilità di disporre della propria vita. Naturalmente, "la Corte ha subordinato la non punibilità al rispetto delle modalità previste dalla normativa sul consenso informato, sulle cure palliative e sulla sedazione profonda continua (articoli 1 e 2 della legge 219/2017) e alla verifica sia delle condizioni richieste che delle modalità di esecuzione da parte di una struttura pubblica del SSN, sentito il parere del comitato etico territorialmente competente". Nello stesso tempo, la Consulta ha auspicato, anzi ha ritenuto "indispensabile l'intervento del Legislatore" per normare e rendere fruibile tale diritto. Per comprendere in maniera esaustiva quanto la Corte ha statuito è necessario leggere l'intero impianto della sentenza, che sarà disponibile nelle prossime settimane. Un tema che sta suscitando differenti reazioni in quanto richiama le proprie e diverse convinzioni etiche, insite nella coscienza di ognuno di noi.

Alla FNOMCeO e a tutti gli OMCEO tocca l'applicazione delle norme e il riconoscimento dei diritti, coerentemente con quanto riconosciuto dalla Corte e definito dalla Costituzione. Non v'è dubbio che tutto ciò non può lasciarci indifferenti e richiede un ampio dibattito interno per armonizzare le disposizioni previste dal Codice con la nuova previsione costituzionale.

La Federazione Nazionale con comunicazione n.41 del 22 marzo 2019 prot.n.4979, ha messo a disposizione di tutti il documento redatto dalla Consulta Deontologica sul suicidio assistito e presentato come parere al Comitato Nazionale per la Bioetica e al Parlamento, approvato dal Comitato Centrale in data 14 marzo 2019. In quei documenti abbiamo affermato "che i principi del nostro Codice sono esaustivi dell'esercizio della professione, e che il paradigma che l'ha ispirato continua a essere valido". È evidente che "persone che si trovano in condizioni siffatte dal punto di vista clinico non possono essere affidate che a un team medico possibilmente composto dal curante, da un medico legale e da un clinico esperto, oltre che da uno psicologo". Mai abbandoneremo i nostri pazienti, assicurando l'assistenza anche in situazioni drammatiche come quelle previste dalla sentenza della Corte. Ciononostante, nel riconoscere il diritto del cittadino bisognerà comprendere quale ruolo e quali compiti devono essere affidati al medico in un percorso che porta a una pratica estranea all'attività medica quale il suicidio, peraltro tutta ancora da normare. Lo sforzo che dobbiamo compiere è quello di evitare lacerazioni all'interno della nostra comunità professionale rendendo, se fosse possibile, compatibili i principi presenti nel nostro Codice di Deontologia medica con quanto stabilito dalla Corte Costituzionale. Con questo spirito abbiamo affrontato in questi giorni, molto particolari per me, il dibattito che si è avviato dopo la pronuncia della Corte. Abbiamo la necessità di definire tutti insieme una posizione.

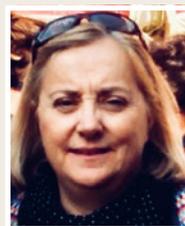
Ho chiesto al Presidente Muzzetto di predisporre, attraverso la Consulta Deontologica, un documento da presentare in Consiglio Nazionale. Nel contempo, i vari incontri organizzati nei diversi OMCEO e il convegno di Parma del prossimo 18 ottobre sul suicidio assistito ci aiuteranno ad approfondire tale tematica. Appena possibile vi comunicherò la data del Consiglio Nazionale.

Cari saluti.

Filippo Anelli

Il *Dark Web* e l'acquisto di sostanze stupefacenti

di Donella Posarelli



DONELLA POSARELLI
Direttore UFS, Servizio Dipendenze Firenze A
Referente Rete Codice Rosa Dipartimento
Dipendenze, Azienda USL Toscana-Centro.
Referente Dipartimento Salute Mentale
e Dipendenze per la Privacy,
Azienda USL Toscana-Centro

Il mercato delle sostanze stupefacenti, oltre a essere presente sulle piazze, si è in parte spostato su *internet*.

Il *Dark Web* è l'insieme di contenuti accessibili pubblicamente ospitati in siti *web* il cui indirizzo IP (*internet protocol*) è nascosto, ma ai quali chiunque può accedere purché ne conosca l'indirizzo.

Parole chiave:
stupefacenti, *Dark Web*, TOR, *black market*, criptovalute

essere identificati e rintracciati. Infatti, la rete è suddivisa in:

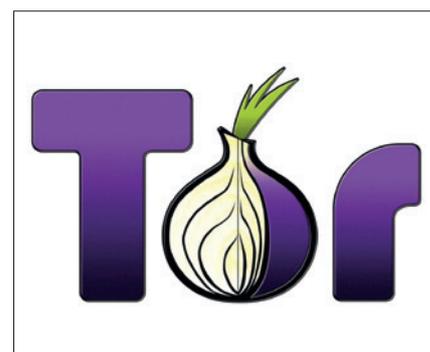
- **Surface Web:** la rete visibile con un contenuto che può essere trovato utilizzando motori di ricerca come Google e soprattutto che è sotto costante sorveglianza da parte dei governi. Rappresenta il 4% dei contenuti del *World Wide Web* (WWW);
- **Deep Web:** l'insieme dei contenuti presenti sul *web* e non indicizzati dai comuni motori di ricerca;
- **Dark Web:** l'insieme di contenuti accessibili pubblicamente che sono ospitati in siti *web* il cui indirizzo IP è nascosto, ma ai quali chiunque può accedere purché ne conosca l'indirizzo.

Deep e *Dark Web* rappresenterebbero il 96% dei contenuti del WWW.

Come si accede al *Dark Web*?

È necessario usare un *browser* dedicato come TOR, creato a suo tempo per

permettere la navigazione nei Paesi dove *internet* è soggetto alla censura. TOR è acronimo di *The Onion Router* e si tratta di un applicativo che consente di navigare sul



Browser TOR (*The Onion Router*).

Da qualche anno il mercato delle sostanze stupefacenti, oltre a essere presente sulle piazze, si è in parte spostato su *internet*, dove ha avuto una larga diffusione. Sono notevoli i vantaggi dell'acquisto di droghe sul *web*: si ricevono direttamente a casa o a un indirizzo indicato; spesso costano meno e sono di qualità migliore. Inoltre, ordinando la droga da casa, non si corre il rischio di essere fermati dalle forze dell'ordine e l'acquisto spesso viene effettuato in quella parte del *web* dove è difficile



Che cosa è il *Dark Web*?

web in totale anonimato. La particolarità di TOR è che non rilascia informazioni personali in rete durante la navigazione. TOR è frequentato da gruppi di criminali, giornalisti, dissidenti, terroristi e molto probabilmente da agenzie di intelligence.

I Black Markets

La maggior parte delle transazioni sono effettuate nei principali *Black Markets* (siti nei quali gli utenti possono acquistare prodotti e servizi) e sono relative alla vendita di sostanze stupefacenti e a servizi/prodotti per la realizzazione di frodi finanziarie o altro.

Principali *Black Markets*:

- *Silk Road* (chiuso);
- *Black Market Reloaded*;
- *Sheep Marketplace*.

Le richieste di acquisto maggiori riguardano prodotti farmaceutici, droghe pesanti e leggere, su tutte la cannabis. Le merci più scambiate nel *Dark Web* sono, partendo dal primo posto, come detto, la cannabis, poi gli psicofarmaci quali il Ritalin (Metilfenidato) e lo Xanax e a seguire le droghe pesanti come l'MDMA, l'LSD, le metanfetamine, l'eroina, per finire con i videogiochi piratati e gli *account online*. Nel *Dark Web*, la quantità di droga che si può trovare è ingente, divisa

in una perfetta tassonomia a seconda delle specificità e con prezzi che piegherebbero qualsiasi concorrenza in piazze come Milano e Roma. Varietà particolari, alcune introvabili, di marijuana a cinque o sei euro al grammo in meno rispetto al mercato italiano. Poi ci sono le proposte esotiche: come i farmaci per aiutare la concentrazione che non esistono in Italia, ma sono estremamente popolari nelle università per passare gli esami, come l'Adderall, il "blue meth" ecc.

Silk Road (chiuso dall'FBI nel 2014) era uno dei siti più famosi di commercio elettronico che funzionava attraverso i servizi nascosti del

The screenshot shows the Silk Road anonymous market interface. At the top left is the logo featuring a camel and the text "Silk Road anonymous market". Navigation links include "messages 1", "orders 0", and "account €0.00". A search bar is present with a "Go" button. On the left, a "Shop by Category" menu lists various items such as Drugs (2,399), Apparel (114), and Medical (5). The main area displays a grid of 12 listings, each with a product image, a description, and a price. The listings include items like Dexedrine, Xanax, Indian hash, KUSH OIL, Spice, Crystal Meth Ice Shards, Cialis, Psilocybe-Cubensis-Chocolate, Orange Star MDMA, White XTC 'Speakers', Methyone Crystals, and Adderall XR.

Silk Road.

software di anonimato TOR. Solo attraverso TOR, infatti, era possibile accedere al sito.

L'FBI ha calcolato che *Silk Road* abbia generato transazioni finanziarie per miliardi di dollari, ricavandone commissioni per milioni di dollari. Una cifra considerevole del totale delle transazioni era di provenienza italiana; il nostro Paese era al nono posto nella *Top 10* degli acquirenti registrati.

Il gestore prendeva il 10% delle transazioni e c'era pure un sistema di risoluzione delle dispute. Come *ebay*. *Silk Road* si presentava come un intermediario, offrendo a venditori e acquirenti la propria struttura *online* allo scopo di condurre le transazioni in un ambiente sicuro, protetto, e soprattutto anonimo.

Sulla totalità dei prodotti offerti, che a ottobre 2014 constava di 14.095 differenti offerte, la maggior parte era composta da:

- cannabis con il 18%;
- ecstasy e stimolanti con entrambi il 17%;
- psichedelici (15%) e farmaci (15%);
- steroidi 9% del totale;
- oppioidi 4%.

Sul sito di *Silk Road* gli utenti scrivevano recensioni e assegnavano punteggi ai prodotti in vendita e il risultato è stato che, spesso, a differenza di quanto avviene per strada, in un mercato altamente competitivo, sono stati i venditori con prodotti non adulterati e di maggiore qualità a vendere di più.

Quasi tutti i negozi del *Dark Web*, forse proprio perché accessibili senza eccessivi sforzi o conoscenze informatiche particolari, applicano una bizzarra strategia per convincere i compratori a fidarsi: al momento dell'acquisto si paga la metà, l'altra metà la si salda al momento dell'arrivo della merce.

Come si paga nel *Dark Web*?

Bitcoin, Ethereum, Ripple, Bitcoin Cash, EOS, Stellar, Litecoin, Cardano, Monero, IOTA: le criptovalute sono la moneta digitale di *internet*. Si tratta di valute virtuali

che usano generalmente una rete decentralizzata. Tale decentralizzazione, in pratica, significa che non sono sottoposte al controllo di alcuna autorità centrale e questo permette l'effettuarsi di transazioni non controllate.

Dal venditore al consumatore

Il venditore non è in genere una persona sola, ma un'intera squadra che si divide il lavoro.

Una catena che si occupa di fasi diverse, formata da persone che tra loro possono non essersi mai viste.

Il venditore si interessa del rapporto con la clientela e col mondo tecnologico.

Non tocca fisicamente la droga. Riceve le ordinazioni, le processa, gestisce i reclami. È un compito delicato, il *feedback* negativo di un cliente può danneggiare il *business* dell'intera squadra.

Deve essere questo alla base dell'altissima riuscita delle spedizioni, di cui appena l'1% circa non arriva a destinazione.

Al secondo anello della catena, a cui è stata comunicata l'ordinazione, spetta il rapporto col fornitore: va a comprare la merce fisicamente e la fa arrivare all'anello successivo. La terza persona ha il compito di impacchettare. Impacchettare significa soprattutto saper nascondere la droga nell'imballaggio stesso o in un prodotto che faccia da specchio per le allodole, magari realizzato appositamente per questo scopo.

I più sofisticati riescono a nascondere la merce anche al vaglio dei raggi X. Si possono usare profumi coprenti, che distruggano l'olfatto soprattutto dei cani antidroga.

Ma i cani possono essere addestrati a riconoscere i profumi coprenti e in definitiva questa soluzione è un'arma a doppio taglio.

Lo *standard* per l'impacchettamento prevede: un primo strato sottovuoto, intorno alla sostanza, poi un secondo strato non sottovuoto, e infine un terzo ancora sottovuoto che avvolga il tutto.

Quando finisce il confezionamen-

to, spesso la terza persona mette un adesivo sul pacco, a mo' di garanzia di qualità, come fosse un super-venditore di *eBay*.

L'ultimo anello della catena è la persona che va a spedire fisicamente il pacco. La sua regola principale è evitare di ripetere lo stesso *pattern*, non dare nell'occhio.

Per questo spedisce da luoghi il più possibile diversi e si sposta di ufficio postale in ufficio postale, di città in città. Arriva a farsi anche due ore di viaggio per spedire un pacco. Una squadra può avere un flusso di cento ordinazioni a settimana: è fondamentale quindi diversificare i luoghi, o almeno dilazionare il tempo fra le spedizioni dallo stesso luogo.

I pacchi dei Paesi dell'Unione Europea (quelli che hanno firmato l'accordo) non vengono controllati alla dogana. Discorso diverso per i pacchi fuori dall'UE, che sono più pericolosi.

L'indirizzo di ritorno può essere intestato per esempio a indirizzi inesistenti; un sistema che qualche spacciatore ha trovato per non avere problemi di identificazione.

I prodotti in genere sono di qualità, si spende molto meno rispetto a quelli che sembrano essere i prezzi di strada e affrontando meno rischi rispetto alla *routine* di chi usa sostanze quotidianamente.

Per tutti questi motivi molte persone, soprattutto i giovani, si riferiscono a questo mercato per l'acquisto di sostanze che, peraltro, può essere fatto anche nel *Surface Web* poiché molte droghe vengono camuffate con nomi per esempio di sali da bagno o prodotti all'apparenza innocui.

Inoltre, questi mercati *online*, anche se le autorità competenti ne chiudono molti, rinascono continuamente, oppure la *community* semplicemente migra verso altri ancora aperti.

Il problema è quindi di difficile soluzione nell'attuale era digitale.

donella.posarelli@uslcentro.toscana.it

Introduzione al problema della “non-aderenza terapeutica”

Definizione e panoramica delle conseguenze

di Saffi Giustini, Eleonora Baroni



SAFFI GIUSTINI
Medico MG. Coordinatore AFT Pistoia,
Commissione Terapeutica Reg. Toscana.
Tutor e docente Corso di formazione specifica
in Medicina Generale

ELEONORA BARONI
Medico specializzando in Medicina Generale
sede di Firenze

Solo la metà dei pazienti assume i farmaci secondo le modalità prescritte. Gli autori hanno esaminato 182 studi che hanno adottato diversi approcci per migliorare l'aderenza terapeutica.

Parole chiave:
non-aderenza terapeutica,
compliance, persistenza terapeutica,
continuità terapeutica

Solo la metà dei pazienti assume i farmaci secondo le modalità prescritte: lo indica una revisione sistematica della letteratura pubblicata sulla *Cochrane Library*.

Gli autori hanno esaminato 182 studi che hanno adottato diversi approcci per migliorare l'aderenza terapeutica, senza però riuscire a stabilire quale strategia garantisca i risultati migliori. I *trial* scontavano, infatti, notevoli carenze metodologiche e la loro analisi ha solo permesso di confermare che la *compliance* è un problema reale e molto diffuso, che interessa, appunto, circa il 50% dei pazienti.

All'allungamento dell'età media di vita consegue un aumento delle malattie croniche: il 65% della popola-

zione anziana con più di 65 anni ha una o più malattie croniche, come l'ipertensione, il diabete mellito, le cardiopatie, le malattie renali, la bronchite cronica ostruttiva. Le due componenti principali nel *management* delle malattie croniche sono le prescrizioni farmacologiche e l'efficacia dei farmaci.

I benefici a lungo termine di queste dipendono fortemente dall'aderenza alle prescrizioni dei farmaci, che viene definita come la “capacità delle persone di seguire le prescrizioni farmacologiche”.

In altre parole, l'aderenza terapeutica rappresenta un comportamento individuale del paziente che comprende:

- assunzione dei farmaci nelle dosi e nei tempi indicati dal medico (posologia corretta);
- persistenza terapeutica, ossia prosecuzione della cura per il periodo di tempo consigliato dal medico.

È importante inoltre precisare che il concetto di aderenza si discosta sensibilmente da quello di *compliance*: quest'ultima mette l'accento sulla obbedienza/disobbedienza del paziente alle indicazioni ricevute, essendo intesa come il passivo rispetto delle regole imposte dal medico in termini di terapia. Definire un paziente *non compliant* significa attribuirgli in maniera acritica la colpa del suo comportamento. Al contrario, non si può parlare di aderenza terapeutica senza presupporre la presenza della partecipazione attiva da parte del paziente al processo di cura, in un rapporto di collaborazione con

il medico basato sull'informazione, sul consenso e sulla condivisione degli obiettivi di salute.

La *non-aderenza* alla terapia rappresenta un'enorme questione dai multipli risvolti sanitari ed economici. I problemi legati all'assunzione dei farmaci, gli effetti avversi e le difficoltà incontrate nell'aderire ai regimi prescritti possono essere ancor più fastidiosi per i pazienti dei trattamenti stessi.

La scarsa aderenza terapeutica rappresenta senza dubbio un evento pericoloso per la salute, riduce il benessere dei pazienti e aumenta i costi sanitari: negli USA, ad esempio, la non aderenza ai farmaci causa circa 125.000 morti all'anno.

Anche la continuità terapeutica non ottimale impatta negativamente sulla salute dei pazienti cronici e sembra riguardare maggiormente il primo anno dopo l'evento, contribuendo in maniera negativa al grosso problema della non-aderenza farmacologica.

Fattori che concorrono a determinare una condotta non-aderente

La non-aderenza alla terapia da parte del paziente non è soltanto il “non seguire la terapia” ma anche adottare tutta una serie di comportamenti errati di assunzione che poi, in breve o in lungo tempo, possono comportare uno scarso risultato del-

la stessa in termini di efficacia ed esporre i pazienti a rischi sanitari e a complicanze talvolta ben peggiori della malattia in sé.

Ad esempio, alla dimenticanza di assumere la dose prevista di terapia può seguire o una mancanza assoluta della stessa o un'assunzione spropositata in orari inopportuni, con rischio di sovradosaggio e potenziamento degli effetti collaterali. Pensiamo banalmente alla terapia anticoagulante orale o alla terapia insulinica, entrambe potenzialmente letali sia in caso di sovra- che di sotto-dosaggio.

È quindi molto importante verificare che l'assunzione dei farmaci avvenga sempre alla dose corretta controllando, a ogni nuova richiesta da parte del paziente, la data della prescrizione precedente. Il supporto telematico aiuta il medico in questa verifica e calcola rapidamente se si tratta di una richiesta congrua o "sospetta".

Un altro tipo di non-aderenza terapeutica è la variazione dell'orario dell'assunzione del farmaco, che al paziente può sembrare un evento banale. Il medico prescrittore deve avere ben chiare le curve di farmacocinetica del farmaco che propone, renderne edotto il paziente e aver cura di riportargli esattamente l'orario in cui l'assunzione deve essere fatta e perché (pensiamo agli antibiotici dose dipendenti come le penicilline, l'assunzione dei cortisonici al mattino ecc.).

Un altro grande problema è il "malato sano" cioè quel paziente che, sentendosi guarito, sospende autonomamente la terapia. Le conseguenze possono essere varie e disastrose sia su scala personale e che su scala di salute globale. Pensiamo allo sviluppo di nuove resistenze batteriche in seguito alla sospensione precoce delle terapie antibiotiche, all'insufficienza cortico-surrenalica da brusca sospensione di cortico-steroidi, alla riacutizzazione di patologie infiammatorie come ad esempio un'artrite reumatoide resa fino ad allora silente grazie alle terapie.

Analisi delle cause della non-aderenza

I fattori che portano alla non aderenza si possono riassumere in:

- Presenza di *disturbi cognitivi e psicologici*: complice l'aumento dell'età media della popolazione, la presenza di disturbi cognitivi (specie quelli associati alla demenza in tutte le sue forme) amplifica, come si vedrà in seguito, il problema della non aderenza terapeutica.
- Stesso discorso per i pazienti depressi, psicotici, affetti da *disturbi somatoformi e psichiatrici* in generale.
- Trattamento di *malattie asintomatiche*: "pochi sintomi, poca consapevolezza della patologia". Ciò comporta un'estrema difficoltà ad accettare il proprio stato di "malato" e il fatto di "doversi comunque curare", con il risultato che il paziente matura insofferenza verso l'assunzione del farmaco, l'impegno più o meno quotidiano che essa comporta, gli effetti collaterali, la cadenza delle visite di controllo, l'auto-monitoraggio.
- La paura degli *effetti collaterali* del farmaco (specie negli asintomatici) sia quelli imprevedibili che quelli inevitabilmente legati all'assunzione, che supera la paura delle conseguenze dalla patologia in sé.
- *Difficoltà del paziente a percepire i segni dell'effetto positivo del trattamento*, associata d'altra parte alla difficoltà da parte del medico nel fornire gli strumenti per poterlo percepire (ad esempio, misure oggettive per valutare il dolore o le capacità funzionali, immagini di confronto, registrazioni delle precedenti impressioni nella cartella clinica).
- *Erronee aspettative* circa la tempistica d'azione e la reale efficacia del trattamento, sia in senso di sovra-aspettativa che di sotto-aspettativa ("tanto non mi funziona").
- *Mancanza di conoscenze* sulla malattia da parte del paziente, causate dall'inefficienza della comunicazione medico-assistito, dal disinteresse da parte di quest'ultimo e dalla deleteria, incontrollata

e non filtrata influenza di media e internet.

- *Scarsa fiducia* del paziente verso il medico e le aziende farmaceutiche: collegandosi a ciò che è stato detto sopra, sta pian piano prendendo forma una diffidenza di base da parte della popolazione verso chi produce e chi prescrive farmaci, spesso e volentieri utilizzata e amplificata dai media "per fare notizia" (ricordiamo il caso mediatico tutt'ora in corso sull'ipotetica relazione – peraltro mai dimostrata e più volte smentita da *trials* clinici – tra vaccino trivalente MPR e autismo e diabete).
- *Scarsa comunicazione tra medico ospedaliero, medico specialista e medico di famiglia*: spesso la terapia prescritta dallo specialista per uno specifico problema si va a sommare alla terapia che il paziente assume sotto consiglio del medico di famiglia senza però una corretta integrazione tra le due prescrizioni (che per avvenire, necessita della stretta collaborazione e alleanza tra le varie figure professionali).
- Presenza di *barriere* per il trattamento: prezzo del farmaco, palatabilità, via di somministrazione.
- Somministrazione di terapie tramite *device* che possono risultare difficilmente utilizzabili dal paziente, soprattutto se anziano (fenomeno tipico dei farmaci respiratori). Tale fenomeno si esacerba quando nessun operatore (medico, farmacista o infermiere) fa vedere in pratica l'utilizzo del *device*.
- Disponibilità di forme di *medicina alternativa* esercitate da medici o personale non medico, imbonitori e ciarlatani, che non tenendo in considerazione le evidenze scientifiche inducono i pazienti a sottoporsi a terapie (e peggio ancora, ad abbandonare le terapie in corso) la cui efficacia non è stata mai dimostrata.

Focus sulla non-aderenza nel paziente anziano

Nel 2013 il *Geriatric Working Group*

(GWG) istituito dall'AIFA ha concluso un'indagine a tappeto sulla popolazione italiana di età superiore ai 65 anni. Il *Geriatric Working Group* ha individuato un elenco di 13 indicatori della qualità delle terapie farmacologiche ed ha applicato ciascuno di questi alla popolazione in esame.

Tali indicatori, per ammissione degli stessi autori, non possono essere utilizzati per valutare il trattamento farmacologico del singolo paziente, ma possono fornire uno spaccato della realtà inerente l'uso dei farmaci nei pazienti anziani in Italia. Per quanto riguarda l'aderenza alla terapia è stato osservato che il 52% dei soggetti tra 65 e 74 anni e il 69% di quelli tra i 75 e gli 85 è sottoposto a regimi di trattamento comprendenti almeno 5 farmaci. Il 46% dei soggetti esaminati non è aderente alla terapia con antiipertensivi, cioè non assume farmaci per più del 40% dei giorni di terapia; questo valore supera il 63% per gli antidepressivi e gli antidiabetici. Se si considera che deve essere raggiunto l'80% dei giorni di copertura perché si possa parlare di buona aderenza terapeutica e che, secondo una recente revisione della letteratura, ciascuna dose quotidiana di farmaco comporta un aumento del rischio di non-aderenza del 10%, è facile avere un'idea delle dimensioni che questo problema assume in questa parte della popolazione, colpita inoltre da numerosi altri determinanti di fragilità.

Le misure volte a facilitare l'aderenza dei pazienti all'assunzione dei farmaci dovrebbero essere considerate parte integrante della cura delle persone anziane; infatti la compromissione delle funzioni cognitive che spesso le caratterizza può compromettere in modo sostanziale il comportamento di aderenza. Esso a sua volta, innescando un pericoloso circolo vizioso, impatta pesantemente sulla salute dell'assistito, aumentando il rischio di effetti collaterali, legati ad esempio alla brusca e incontrollata sospensione del farmaco, alla riacutizzazione della patologia/e di base, al sovradosaggio,

alla mancanza di una corretta associazione di farmaci (per esempio, paziente in terapia con ASA e pregressa emorragia gastrica che cessa l'assunzione di IPP).

Excursus sugli approcci d'intervento utilizzati fino a ora per ridurre la non-aderenza terapeutica

Gli studi che valutano sia l'aderenza alla terapia che gli *outcome* di salute possono facilitare il personale sanitario (medici e altre figure professionali come infermieri e farmacisti facilitatori) a comprendere se il paziente stia seguendo correttamente le proprie prescrizioni farmacologiche oppure no.

Benché l'aderenza ai farmaci sia una problematica a livello mondiale, con gravi ripercussioni di carattere sanitario ed economico, non esistono a tutt'oggi linee guida, raccomandazioni o indirizzi che aiutino il personale sanitario e il paziente a gestire meglio il problema della non-aderenza terapeutica.

Nonostante l'aumento di pazienti che assumono giornalmente più tipi di farmaci, ci sono soltanto minime evidenze a supporto di interventi che possano migliorare l'aderenza all'assunzione, e molti degli interventi valutati si sono avvalsi della collaborazione di farmacisti.

Gli approcci d'intervento utilizzati sono stati:

- adozione di un promemoria scritto per i farmaci,
- semplificazione del regime farmacologico,
- educazione terapeutica,
- *counselling* e *counselling* telefonico per valutare l'aderenza ai farmaci,
- pianificazione degli orari di assunzione dei farmaci,
- confezionamento personalizzato dei farmaci,
- *follow-up* finalizzato per migliorare l'aderenza all'assunzione dei farmaci.

Non è chiaro quale di questi possibili approcci sia il più efficace poiché gli studi che hanno preso in esame i singoli interventi sono in numero limitato e di difficile confronto. Una

revisione della letteratura di Cutrona e coll. del 2010 ha evidenziato una certa efficacia di alcuni di questi limitatamente all'aderenza a terapie per patologie cardiovascolari. In particolare è stato osservato che l'azione di *counselling*, svolta in contesti differenti (domicilio, farmacia, luoghi di lavoro, ambiente clinico), sia da professionisti appositamente formati che da personale sanitario, può migliorare l'aderenza. Esiste inoltre la possibilità che il *counselling* risulti più efficace qualora venga rivolto, oltre che al paziente, a un familiare, al quale viene affidato un ruolo di supporto. Tra gli interventi non dipendenti da persone fisiche, invece, hanno dimostrato effetti positivi l'uso di sistemi di promemoria, recapitati con mezzi informatici, telefonate automatizzate o perfino posta convenzionale.

L'esecuzione di telefonate da parte di persone ha invece portato complessivamente a risultati deludenti.

Come migliorare l'aderenza terapeutica

Valutazione dei percorsi e dei metodi che possono essere usati per migliorare l'aderenza alla prescrizione e la continuità terapeutica e focus sull'importanza del supporto di altre figure professionali (infermieri e farmacisti facilitatori)

I metodi che possono essere usati per migliorare l'aderenza possono essere riassunti nei seguenti punti:

- *L'educazione del paziente*: non vi è dubbio che gli interventi educativi/informativi rivolti al paziente, alla famiglia e a chi lo assiste possano avere un effetto favorevole sull'aderenza alla prescrizione. L'intervento educativo dovrà però essere personalizzato in base alle capacità intellettive e al livello d'istruzione del paziente. La non comprensione delle istruzioni ricevute può infatti rimanere celata da parte del paziente per un senso di vergogna oppure generare diffidenza.
- *Il miglioramento della comunicazione fra medico e paziente*: l'aumento della comunicazione fra

paziente e medico è la chiave per potenziare la capacità del paziente e della famiglia nel seguire il regime terapeutico. Questo si ottiene attraverso la messa in atto da parte del medico di un approccio centrato sul paziente e non solo sulla malattia, che permetta la partecipazione attiva dello stesso al processo di cura, tenga conto delle sue aspettative in termini di obiettivi di salute e tempistica in cui tali traguardi debbano essere raggiunti e, infine, eviti un atteggiamento accusatorio o teso a fornire giudizi riguardanti la sua cultura e le sue convinzioni.

- *Rendere "materialmente" più sem-*

plice e intuitiva la comprensione dello schema di trattamento: ad esempio risulta utilissimo, specie nel paziente anziano, l'uso di contenitori di compresse divisi in scomparti nei quali suddividere i farmaci a seconda dell'ora di somministrazione.

- *Facilitare l'assunzione del farmaco riducendone la posologia,* ad esempio attraverso l'uso di farmaci a lento assorbimento che riducono la somministrazione di più dosi nell'arco delle 24 ore.
- *Aumentare le ore nelle quali il medico è a disposizione del paziente:* ritardare l'appuntamento con un paziente può avere come conse-

guenza diretta quella di una sospensione o di un diradamento della somministrazione di un farmaco, in attesa della visita.

- *Coinvolgere il farmacista nel rendere più facile la comprensione della terapia,* ad esempio invitandolo a scrivere sulla confezione del farmaco orario e dose da assumere, e garantendogli una stretta comunicazione con il medico in caso di necessità.
- *Coinvolgere altresì infermieri e altre figure sanitarie* che valutino la compliance al trattamento e aiutino il paziente a dirimere i suoi dubbi al riguardo.

drsaffigiustini@gmail.com

CORSI E SEMINARI

SALUTE RIPRODUTTIVA, TECNICHE ENDOSCOPICHE E PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

Master di I livello, Università degli Studi di Firenze - **Coordinatore:** prof.ssa M. Elisabetta Coccia

Scadenza domande: 13/12/2019 - **Scadenza iscrizioni:** 15/01/2020 - **Posti disponibili:** 30 CFU: 60

La frequenza al Master esonera dall'obbligo formativo ECM

Sede lezioni: DAI Materno-Infantile, AOU Careggi, Firenze - **Informazioni:** www.masterpma.unifi.it - masterpma@sbsc.unifi.it

8 dicembre 2019 - ore 10 - Assemblea Generale FEDERSPEV e pranzo conviviale

La Sezione di Firenze e Prato della FEDERSPEV comunica di aver indetto l'**Assemblea Generale domenica 8 dicembre 2019 alle ore 10.00 presso la sede dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Firenze**, in via G.C. Vannini, 15.

L'assemblea è aperta a tutti i medici, veterinari e farmacisti. Seguirà un **pranzo conviviale presso Villa Viviani previsto per le ore 12.30**. Per prenotazioni contattare: dott. Luciano Parenti - Tel. 3473309740.



La buona salute dipende da buone scelte

Il progetto *Informed Health Choices* arriva a Firenze

Informed Health Choices è un progetto con il quale si intende favorire l'accesso pubblico a informazioni sui trattamenti per la salute che siano affidabili, migliorando inoltre la capacità di filtro critico della popolazione verso i contenuti stessi a partire dall'età scolare.

Parole chiave:
sovraccarico di informazioni,
filtro critico, qualità delle scelte

Uno degli aspetti che non fa difetto ai nostri tempi sono le informazioni. Reperibili sui giornali, alla televisione, in rete, su testi, riviste o siti specifici per settore, le informazioni a disposizione su ogni argomento sono talmente abbondanti che a proposito di questo tema si sente spesso citare l'espressione *overload*, ovvero sovraccarico di informazioni rispetto alla nostra capacità di accoglierle ed elaborarle. Se, da un lato, non possiamo semplicemente ignorare le informazioni, dal momento che molte di esse riguardano temi importanti come la salute, dall'altro la sovrabbondanza di informazioni non è necessariamente sinonimo di correttezza e affidabilità delle stesse.

Numerose ricerche hanno evidenziato come il raggiungimento di una buona salute dipenda dalla nostra capacità di filtrare criticamente le informazioni che riceviamo, così da identificare e perseguire solo quelle realmente affidabili. Purtroppo altrettante ricerche hanno evidenziato che molte persone mancano di questa capacità. Anche se

di Raffaele Rasoini, Camilla Alderighi

questa carenza è maggiore là dove più importanti sono i deficit sociali, economici e culturali, il problema è esteso, in varia misura, alla popolazione generale. È una realtà quotidianamente tangibile che i bambini e i ragazzi abbiano sempre più informazioni da elaborare e sempre meno tempo a disposizione per farlo, in un circolo talvolta vizioso in cui l'obiettivo primario della formazione rischia di diventare l'assimilazione di contenuti piuttosto che l'acquisizione di strumenti per padroneggiarli. Al tempo stesso, sappiamo che i pre-concetti, i comportamenti e le abitudini sviluppati a partire dall'infanzia/adolescenza sono molto resistenti a tentativi di correzione successivi.

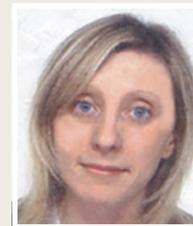
Queste difficoltà non rimangono fin a se stesse, ma possono indurre le persone a prendere decisioni sbagliate sulla propria salute. È dimostrato che compiere scelte di salute non informate conduce a un danno non solo e non tanto sul piano economico sanitario, ma anche e soprattutto sul piano della salute individuale. Di fatto, la dicotomia tra la cospicua massa di informazioni emesse ogni giorno da molteplici fonti e la nostra ridotta capacità di interpretarle e filtrarle, come persone, pazienti, ma anche come operatori sanitari, rischia di diventare un determinante maggiore di danno in termini di salute.

Per questo motivo, un gruppo di ricerca internazionale, multidisciplinare, guidato da ricercatori di elevato profilo nell'ambito della *health literacy* e della medicina basata sulle prove, come Andy Oxman (*Centre for Informed Health Choices, Norwegian Institute of Public Health, Oslo, Norvegia*) e Iain Chalmers (*James Lind Initiative, Oxford, UK*), da insegnanti, designer ed esperti di salute pubblica, si è riunito sotto un progetto denominato *Informed Health Choices* con l'obiettivo



RAFFAELE RASOINI

Laureato in Medicina nel 2002 e specializzato in Cardiologia nel 2006, è ricercatore presso l'IRCCS Don Carlo Gnocchi di Firenze e lavora presso vari centri medici dell'area fiorentina. Membro del gruppo Florence EBM Renaissance e del gruppo ISO-Spread, è interessato ai temi dell'evidence based decision making nella multimorbilità, dell'overdiagnosis e delle applicazioni dell'intelligenza artificiale in Medicina



CAMILLA ALDERIGHI

IRCCS Fondazione Don Carlo Gnocchi, Firenze

non solo di favorire l'accesso pubblico a informazioni sui trattamenti per la salute che siano affidabili, ma anche e soprattutto di migliorare la capacità di filtro critico delle persone verso i contenuti stessi, a partire dall'età scolare. Gli studiosi si sono dedicati a quest'ultimo scopo mediante una strategia semplice ma di grande impatto: insegnare ai bambini, fin dalla scuola primaria, a pensare criticamente alle affermazioni sui trattamenti per la salute. Per fare ciò, il gruppo *Informed Health Choices* ha elaborato 44 concetti che fossero utili per le persone, sia per valutare criticamente le informazioni scientifiche sia nel momento in cui dovevano compiere scelte riguardanti la propria salute, e li ha suddivisi in tre gruppi tematici:

- come riconoscere quando un'affermazione riguardante la salute ha una base inaffidabile;
- come valutare quando le prove del confronto fra due trattamenti per la salute sono affidabili o meno;
- come attuare scelte ben informate riguardo ai trattamenti per la salute.

Di questi 44 concetti, 12 sono stati estrapolati per essere veicolati alla

Riconoscere le affermazioni sugli effetti dei trattamenti che hanno una base inaffidabile
<ul style="list-style-type: none"> • I trattamenti potrebbero essere dannosi • Le esperienze personali o gli aneddoti sono basi inaffidabili per valutare gli effetti della maggior parte dei trattamenti • Trattamenti usati diffusamente oppure trattamenti che sono stati usati per molto tempo non sono necessariamente efficaci o sicuri • Trattamenti nuovi, pubblicizzati o più costosi potrebbero non essere migliori rispetto alle alternative disponibili • Le opinioni di esperti o di autorità, da sole, non costituiscono una base affidabile per decidere in merito ai benefici e ai rischi dei trattamenti • I conflitti di interesse potrebbero generare informazioni fuorvianti sugli effetti dei trattamenti
Comprendere se i confronti fra trattamenti sono giusti e affidabili
<ul style="list-style-type: none"> • Identificare gli effetti dei trattamenti dipende dai confronti fra i trattamenti stessi • Indipendentemente dai tipi di trattamento confrontati, i gruppi di confronto devono essere simili tra loro all'inizio del confronto (il simile deve essere confrontato con il simile) • Se possibile, le persone non dovrebbero sapere quale trattamento stanno ricevendo tra quelli sottoposti a confronto • Studi di piccole dimensioni nei quali si verificano pochi eventi sono generalmente non informativi e i risultati potrebbero essere fuorvianti • I risultati di confronti isolati fra trattamenti potrebbero essere fuorvianti
Prendere decisioni informate sui trattamenti
<ul style="list-style-type: none"> • Le decisioni sui trattamenti non dovrebbero essere basate soltanto sui benefici offerti dai trattamenti stessi.

Tabella I – I 12 concetti chiave contenuti all'interno delle risorse didattiche del gruppo *Informed Health Choices*.

popolazione generale a partire dall'età scolare, con la finalità di educare al pensiero critico le persone sin dal periodo delle loro prime fondamentali culturali, ossia durante la scuola primaria (Tabella I).

Insieme ad alcuni insegnanti inclusi nel gruppo di ricerca, i 12 concetti sono stati non solo elaborati per poter essere insegnati ai bambini della scuola primaria, ma anche trasformati in materiale didattico (un libro-fumetto, schede esemplificative e valutative, una guida per gli insegnanti, risorse bibliografiche e un *podcast* per genitori e insegnanti) e validati attraverso multipli *feedback* in scuole ugandesi, keniate, ruandesi e norvegesi.

Ma il gruppo non si è fermato qui. Essendo costituito da ricercatori e medici formati alla medicina basata sulle prove, non è bastato che il lavoro svolto fino ad allora fosse accolto come una risposta a un bisogno crescente. Per il gruppo l'unico modo di valutare se il progetto potesse avere una qualche utilità e validità era di metterlo alla prova nel confronto per eccellenza, cioè uno studio controllato e randomizzato.

L'obiettivo consisteva nel valutare se l'educazione al pensiero critico in termini di scelte di salute avesse l'effetto di migliorare la qualità delle scelte stesse e quindi anche di ridurre i danni derivanti da scelte sbagliate.

I ricercatori hanno pertanto condotto uno studio randomizzato *cluster* su circa 10.000 studenti di età compresa tra i 10 e i 12 anni in 120 scuole ugan-

desi. Queste ultime sono state divise in due gruppi di confronto: un gruppo di scuole in cui i bambini ricevevano lezioni sui 12 concetti chiave e un altro gruppo in cui i bambini non ricevevano queste stesse lezioni. Alla fine dello studio, i bambini di tutte le scuole sono stati valutati attraverso un *test* che misurava la loro abilità di saper distinguere le informazioni affidabili sulla salute da quelle non affidabili. I risultati di questo studio sono stati pubblicati su *Lancet* nel 2017 e hanno dimostrato una capacità di valutazione critica delle affermazioni riguardanti la salute nettamente superiore nel gruppo di intervento rispetto al gruppo di controllo. Da allora, 57 gruppi di ricerca in 20 Paesi del mondo si sono attivati per tradurre, implementare e diffondere queste risorse didattiche tra i bambini delle scuole primarie.

In Italia abbiamo recentemente costituito un gruppo di ricerca, per la traduzione e l'applicazione delle risorse didattiche delle *Informed Health Choices* attraverso un progetto pilota rivolto ai bambini della scuola primaria Matteotti (Istituto comprensivo Poliziano) a Firenze. Il progetto, che inizierà nel prossimo anno scolastico, è stato accolto con apertura sia dal dirigente scolastico che dalle docenti delle classi quinte coinvolte.

Il Pensiero Scientifico Editore e l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze supportano il nostro gruppo di ricerca, privo di finanziamenti e costituito

su base volontaria, per la stampa delle risorse didattiche e la diffusione del progetto sul territorio fiorentino e italiano. È da sottolineare che questo progetto veicola ai bambini, non tanto semplici contenuti sulla salute, quanto piuttosto veri e propri strumenti metodologici di valutazione dei contenuti stessi, rappresentati in tre obiettivi:

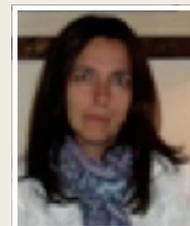
- *affinamento del pensiero critico* (quali domande porre quando qualcuno fa un'affermazione riguardo a un trattamento per la salute);
- *consolidamento ed esercitazioni pratiche sul metodo scientifico* (quali domande si devono porre i ricercatori per saperne di più sugli effetti dei trattamenti per la salute);
- *educazione alla salute* (quali domande porre per decidere se aderire o meno a un trattamento per la propria salute).

Come responsabili della traduzione e della diffusione delle risorse didattiche in Italia, auspichiamo che questo progetto fiorentino rappresenti il punto di partenza per iniziative più estese, così da poter contribuire a trasmettere capillarmente ai bambini delle scuole primarie italiane strumenti di filtro critico e capacità decisionale in ambito di salute (ma non solo) che nel contesto attuale sono sempre più preziosi per coloro che saranno in un futuro prossimo cittadini, pazienti, medici/ricercatori e decisori politici.

camilla.alderighi@gmail.com
raffaele.rasoini@gmail.com

L'approccio cognitivo comportamentale integrato per l'età evolutiva

di Sabrina Masetti, Stefano Cosi



SABRINA MASETTI

Psichiatra psicoterapeuta cognitivo comportamentale. Socio Ordinario della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva. Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Firenze, 1997. Specializzazione in Psichiatria, Scuola di Specializzazione in Psichiatria dell'Università degli Studi di Firenze, 2001. Direttore Centro Clinico La Mongolfiera, Firenze

STEFANO COSI

Psicologo psicoterapeuta. Direttore Centro Clinico La Mongolfiera, Firenze

La psicoterapia cognitivo comportamentale in età evolutiva è un tipo di psicoterapia che si basa su un metodo di studio clinico e scientifico ed è considerata il trattamento di elezione per molti disturbi psicologici dei bambini e degli adolescenti, con risultati talvolta migliori del trattamento farmacologico. In questo articolo viene presentato il modello integrato del Centro Clinico La Mongolfiera.

Parole chiave:

approccio cognitivo comportamentale integrato, infanzia, adolescenza, età evolutiva, disturbi psicologici

L'infanzia e l'adolescenza sono periodi evolutivi complessi caratterizzati da uno straordinario sviluppo fisico e psicologico. La situazione di evoluzione, però, se da un lato comporta la maturazione di notevoli risorse e potenzialità, dall'altro espone una struttura psicologica che sta maturando

ai più svariati rischi ambientali. È possibile che il bambino/adolescente sviluppi veri e propri disturbi psicologici, disturbi del comportamento o atteggiamenti e modalità di relazione con genitori, insegnanti o coetanei differenti rispetto a quelli che ci si può aspettare da bambini o adolescenti della stessa età. In questi casi, oltre a gestire clinicamente i sintomi, è necessario individuare le cause del disagio e attivare tutti i fattori protettivi ambientali (scuola, famiglia, gruppo dei pari) per aiutare il bambino o l'adolescente a superare la crisi. La psicoterapia cognitivo comportamentale in età evolutiva è un tipo di psicoterapia che si basa su un metodo di studio clinico e scientifico ed è considerata il trattamento di elezione per molti disturbi psicologici dei bambini e degli adolescenti, come ansia, depressione, disturbo da stress post-traumatico, problemi comportamentali, difficoltà scolastiche e abuso di sostanze, con risultati talvolta migliori del trattamento farmacologico. Di solito la terapia cognitivo comportamentale per bambini e adolescenti è un trattamento a breve termine incentrato sull'insegnamento di capacità specifiche ai giovani e/o ai loro genitori. La psicoterapia cognitivo comportamentale differisce dagli altri approcci terapeutici, concentrandosi sui modi in cui i pensieri, le emozioni e i comportamenti di un bambino o di un adolescente sono interconnessi e su come si influenzano reciprocamente. Poiché le emozioni, i pensieri e i comportamenti sono tutti collegati, gli approcci della terapia cognitivo comportamentale consentono ai terapeuti di intervenire in vari punti del ciclo.

L'approccio integrato cognitivo comportamentale prevede la presenza di un'equipe multidisciplinare che comprende psicoterapeuti, psichiatri, neuropsichiatri dell'età evolutiva, logopedisti, psicomotricisti, educatori e operatori del benessere olistico della persona. L'approccio multidisciplinare e l'integrazione professionale consentono di offrire un'assistenza completa a bambini, adolescenti e genitori per la prevenzione, l'individuazione precoce e il trattamento di tutte le problematiche dell'età evolutiva. Basandosi sulle evidenze scientifiche dell'efficacia della psicoterapia cognitivo comportamentale, l'equipe multidisciplinare integra le raccomandazioni delle linee guida per il trattamento dei diversi disturbi di bambini e adolescenti con l'attivazione di percorsi specifici per ciascun caso, che prendano in considerazione ogni ambito di vita della persona e della famiglia.

Nello specifico, dopo un primo incontro con i genitori, per la raccolta della storia di vita del minore e la definizione del problema, vengono proposti alcuni colloqui, a cadenza settimanale, finalizzati alla diagnosi e alla valutazione del problema. Successivamente si discute insieme

ai genitori del percorso terapeutico più idoneo (psicoeducazione e/o psicoterapia). Se necessario, vengono proposti degli incontri di valutazione al fine di tracciare un profilo dello sviluppo delle funzioni neurocognitive del bambino/adolescente dettagliato e preciso ed eventualmente un piano di trattamento idoneo.

Come evidenziato sopra, il modello si propone di prendere in carico non solo il bambino/adolescente individualmente, ma anche tutti gli ambiti di vita di cui fa parte e nei quali mostra difficoltà. A questo proposito, si articola quindi un percorso rivolto anche ai genitori e agli insegnanti. In primo luogo, i genitori vengono accompagnati in un vero e proprio corso di supporto alla genitorialità, che ha come scopo il cambiamento nelle modalità del genitore di interagire con il proprio figlio e di reagire ai suoi comportamenti. Il corso offre uno spazio di riflessione sui temi dell'accudimento, della relazione, della comunicazione, per

evidenziare e promuovere stili interattivi ed educativi funzionali. In alcuni casi è possibile attivare anche percorsi di gruppo con genitori con problematiche simili, per favorire lo scambio sia emotivo che di competenze ed esperienze, sulla base del modello di *peer support*.

Per quanto riguarda la scuola, sono previsti incontri di valutazione per il singolo alunno e il gruppo classe. La presa in carico del bambino/adolescente e della famiglia non può tralasciare un ambito di vita così importante come la scuola, luogo protagonista dell'educazione ma anche della socializzazione e della maturazione cognitiva ed emotiva della persona. L'intervento è mirato a offrire al personale docente un valido aiuto nella gestione di situazioni di difficoltà. Questi interventi hanno come finalità fornire al docente un bagaglio di informazioni e di conoscenze essenziali per orientarsi nel campo delle difficoltà emotive e sociali e delle criticità che possono insorgere nell'età evolutiva, ma anche

per riconoscere e gestire, all'interno del gruppo classe, problemi più specifici come difficoltà di attenzione/impulsività, difficoltà legate ad ansia e depressione, bullismo e aggressività, difficoltà di lettura, scrittura e calcolo. La scuola verrà a maggior ragione coinvolta nel percorso sia nella fase di valutazione che in quella di intervento (questionari per gli insegnanti, osservazioni in classe), nel caso di PDP (piano didattico personalizzato), in caso di BES (bisogni educativi speciali) o PEI (piano educativo individualizzato) e quando sia necessaria la figura dell'insegnante di sostegno.

Sebbene questo rappresenti il modello *standard* di base di presa in carico, l'*équipe* si riserva di proporre, ed eventualmente di attivare, una varietà di altri percorsi terapeutici/riabilitativi da valutare caso per caso, a seconda delle necessità e delle possibilità del bambino/adolescente e della famiglia.

sabrinamasetti72@gmail.com

CORSI E SEMINARI

CORSO ECM VALIDO 50 CREDITI: RICONOSCERE E DISINNESCARE L'AGGRESSIVITÀ

Con l'approssimarsi della scadenza del triennio formativo 2017-2019 al 31 dicembre p.v., termine utile per acquisire i crediti ECM e completare il proprio obbligo formativo (fissato dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua (CNFC) in 150 crediti formativi, al netto di esoneri, esenzioni ed eventuali altre riduzioni individuali), l'esigenza di acquisire crediti ECM per medici e odontoiatri si fa ancora più pressante.

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici ha da tempo messo in campo varie iniziative formative a distanza per facilitare i professionisti.

In particolare, è disponibile il corso FAD denominato "Consapevolezza – Ascolto – Riconoscimento – Empatia". Prevenire, riconoscere e disinnescare l'aggressività e la violenza contro gli operatori sanitari" (codice identificativo ID 889-264664), accreditato dalla Fondazione Paci, concernente la violenza contro gli operatori sanitari.

Il corso è disponibile fino al 31 dicembre 2019 (previa registrazione entro il 29 dicembre) e dà la possibilità di acquisire 50 crediti formativi, ovvero tutti quelli necessari nel corso dell'anno.

Per accedere al corso, visitare la home page del portale della FNOMCeO (www.fnomceo.it) e cliccare sul banner dedicato "Consapevolezza – Ascolto – Riconoscimento – Empatia", dal quale si verrà reindirizzati alla piattaforma della Fondazione Paci. Oppure, più semplicemente, andando sul sito della Fondazione Pietro Paci è possibile effettuare l'iscrizione e trovare tutte le ulteriori informazioni riguardo al corso (<https://fondazionepietropaci.com>).

È possibile visionare altri corsi FAD in essere tramite il link: <https://portale.fnomceo.it/corsi-fad/>

Screening per HCV e HIV in Medicina Generale: un'opportunità per contrastare il "sommerso"

di Andrea Vannini, Chiara Boscherini, Alessio Nastruzzi, Alessandro Bartoloni, Canio Martinelli



ANDREA VANNINI

Laureato in Medicina e Chirurgia nel 2013, Università degli Studi di Firenze. Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale concluso nel 2018

CHIARA BOSCHERINI

Medico chirurgo, Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale

ALESSIO NASTRUZZI

Medico di Medicina Generale e coordinatore dell'AFT Porta al Prato-Puccini, Firenze

ALESSANDRO BARTOLONI

Direttore Malattie Infettive e Tropicali, AOU-Careggi, Firenze

CANIO MARTINELLI

Dirigente Medico Malattie Infettive e Tropicali, AOU-Careggi, Firenze

Le infezioni da virus dell'epatite C (HCV) e da virus dell'immunodeficienza umana (HIV) costituiscono ancora oggi un rilevante problema sanitario e sociale. Sono però attualmente disponibili terapie farmacologiche altamente efficaci. Oggi gli interventi fondamentali devono essere volti a contrastare il sommerso. La possibilità di disporre di un *test* di screening salivare non invasivo potrebbe aumentare la *compliance* di tali pazienti e quindi rappresentare un valido metodo per contrastare il sommerso.

Parole chiave:

HCV, HIV, test salivari di screening

Le infezioni da virus dell'epatite C (HCV) e da virus dell'immunodeficienza umana (HIV) costituiscono ancora oggi un rilevante problema sanitario e sociale, oltre a rappresentare un importante costo per la

società, anche in virtù della peculiarità di tali infezioni di cronicizzare esponendo il paziente a complicanze multi-sistemiche, talvolta molto subdole e invalidanti. Si stima che nel mondo vi siano circa 130-150 milioni di soggetti con infezione cronica da HCV. La prevalenza dell'infezione da HCV varia in relazione alle aree geografiche, risultando massima in Asia Centrale, Nord Africa e Medio Oriente (2-10% della popolazione), mentre in Europa Occidentale è compresa tra 1 e 3,5%. Si stima che nel mondo vi siano circa 130-150 milioni di soggetti con infezione cronica da HCV.

L'Italia è il Paese Europeo con la maggiore prevalenza: oltre 1 milione di soggetti con infezione da HCV. La distribuzione è caratterizzata da una variazione geografica, risultando più elevata al Sud e nelle isole, e da un effetto coorte, poiché è > 5% nei nati prima del 1940, > 3% nei nati tra il 1940 e il 1949, < 1,5% nei nati tra il 1950 e il 1959 (*baby boomers*) e sempre inferiore nelle generazioni più giovani.

Nel 2016 l'incidenza di epatite C acuta è stata pari a 0,2 per 100.000 abitanti ed è stata maggiore nella fascia d'età 25-34 anni, mentre non sono stati osservati casi nella fascia d'età 0-14 anni.

Inoltre, negli ultimi anni il rapporto maschi/femmine è andato diminuendo, anche se nel 2015 gli uomini risultavano ancora i più colpiti, costituendo il 57% del totale.

Per quanto riguarda la distribuzione dei diversi genotipi di virus, il genotipo 1 è quello con più alta prevalenza al mondo, il sottotipo 1b il più diffuso

in Europa e l'1a negli USA. Il genotipo 3a è più diffuso presso le persone che fanno uso di droghe iniettive, il genotipo 2 è presente soprattutto nell'area mediterranea, mentre il 5 e il 6 sono rari in Europa. Il genotipo 7, di nuova scoperta, è stato identificato in pazienti del Canada e Belgio probabilmente infettati in Africa centrale.

In Italia il genotipo prevalente è l'1b che infetta il 51% dei soggetti con HCV, mentre il restante è suddiviso tra genotipo 2 (28%), 3 (9%) e 4 (4%). In Toscana il 61,6% dei colpiti presentano genotipo 1a e 1b, rispettivamente il 14,2% e il 47,4%.

Per quanto riguarda l'infezione da HIV, secondo UNAIDS (*Joint United Nations Programme on HIV and AIDS*), nel 2017 l'incidenza globale è stata di 1,8 milioni nuovi casi/anno, con una prevalenza di 36,9 milioni di persone infette da HIV; in circa il 75% dei casi si stima che le persone fossero a conoscenza del proprio *status* sierologico.

In Italia l'Istituto Superiore di Sani-

tà stima per l'HIV un'incidenza nel 2016 di 5,7 casi/100.000 abitanti, soprattutto nella fascia di età 25-29 anni e nel sesso maschile (76,6%). Nel 2016 in Italia il 35,8% di soggetti con nuova diagnosi di infezione da HIV era di nazionalità straniera. La prevalenza stimata italiana è di 0,28 (0,24-0,32) per 100 abitanti.

Per quanto riguarda la Toscana, in base ai dati forniti dall'Agenzia di Sanità Regionale (ARS), sono state notificate un totale di 2.414 nuove diagnosi di infezione da HIV in 8 anni, nel periodo compreso tra il 2009 e 2016. Nell'anno 2016, inoltre, sono state segnalate un totale di 298 nuove infezioni con un'incidenza quindi di 7,1/100.000 residenti, che colloca la Toscana al terzo posto in Italia per tasso d'incidenza.

Nonostante l'incidenza di AIDS in Italia sia in costante lieve calo, nell'ultimo decennio è aumentata la proporzione delle persone con nuova diagnosi che ignoravano la propria sieropositività e hanno scoperto di essere HIV positive nei pochi mesi precedenti la diagnosi di AIDS, passando dal 20,5% del 1996 al 76,3% del 2015.

Trattandosi di infezioni a prevalente trasmissione per via parenterale e sessuale, esistono delle categorie di persone più a rischio, in cui prevalenza e incidenza sono maggiormente elevate. In particolare appartengono a tali categorie soggetti provenienti da aree geografiche ad alta endemia, persone che fanno uso di sostanze stupefacenti per via iniettiva (PWID), e soggetti che si espongono a rapporti sessuali promiscui non protetti soprattutto di tipo omosessuale (MSM), detenuti emodializzati e persone che abbiano ricevuto in passato trasfusioni di derivati ematici o trapianti d'organo. Inoltre, possono essere ad aumentato rischio, in particolare per HCV, coloro che si sottopongono a procedure estetiche come *piercing* e tatuaggi, soggetti con *deficit* immunitario e conviventi con persone infette (trasmissione parenterale inapparente).

Sono attualmente disponibili terapie farmacologiche altamente efficaci

verso l'infezione da HCV, come gli antivirali ad azione diretta (DAAs) che consentono in oltre il 90% dei casi di eliminare il virus. Nonostante il costo ancora elevato di questi farmaci, trattare i pazienti con tale infezione ha comunque una maggiore sostenibilità economica rispetto a non farlo, poiché si evitano completamente o in buona parte gli elevati costi di gestione del paziente con malattia epatica cronica, relativamente alla necessità di multiple terapie di supporto, ricoveri ospedalieri e politerapie farmacologiche per tutta la durata della vita del paziente.

L'organizzazione mondiale della sanità (WHO) ha inserito come *target* nel piano strategico di salute mondiale 2016-2021 l'eliminazione delle epatiti virali da raggiungere entro il 2030. Il piano è volto al raggiungimento entro tale scadenza di almeno il 90% delle diagnosi, al trattamento di almeno l'80% degli infetti e quindi alla riduzione dell'incidenza delle epatiti virali croniche dagli attuali 6-10 milioni nuovi casi/anno a 0,9 milioni e della mortalità dagli attuali 1,4 milioni/anno a meno di 0,5 milioni.

Per l'infezione da HIV, l'impiego combinato di farmaci anti-retrovirali (cART) permette una riduzione della mortalità con un miglioramento della prognosi nei pazienti infetti. Tali terapie infatti impediscono la replicazione di HIV nelle cellule, con annullamento della carica virale circolante nel giro di alcune settimane e pertanto riducono drasticamente la possibilità di trasmissione e l'entità dei danni a carico del sistema immunitario.

UNAIDS ha stabilito il programma "90-90-90" volto a intensificare e coordinare l'azione globale contro questa malattia. Gli obiettivi previsti a partire dal 2010 sono di:

- mettere a conoscenza del proprio *status* sierologico almeno il 90% degli infetti;
- trattare con antiretrovirali almeno il 90% dei soggetti con infezione;
- ottenere una viremia soppressa in almeno il 90% dei trattati con antiretrovirali.

Esistono inoltre regimi farmacologi-

ci da utilizzare in individui sani ma esposti a elevato rischio di contagio:

- pre-esposizione (*Pre-PEP on demand*): è possibile eseguire una profilassi con cART prima dell'esposizione e per i due giorni successivi;
- post-esposizione: assumere la cART per la durata di 4 settimane dal rischio di contagio.

In questo contesto, quindi, gli interventi fondamentali devono essere volti a contrastare il sommerso, ossia quella quota di soggetti infetti e inconsapevoli di esserlo, o comunque non sottoposti a terapia, che costituiscono il serbatoio dell'infezione e perpetuano la trasmissione. È evidente infatti che la diagnosi precoce di infezione in un paziente asintomatico e inconsapevole della trasmissione, oltre a ridurre la possibilità di contagio di altri soggetti, permette di trattare il paziente stesso prima che manifesti complicanze croniche o perfino danni d'organo irreversibili anche dopo l'eliminazione del virus.

In questo senso la Medicina Generale ha un ruolo determinante, favorendo l'educazione del paziente e la consapevolezza dei meccanismi di trasmissione, dei comportamenti a rischio, dei mezzi di protezione individuali e dei *test* di *screening*.

Il medico deve essere capace anche di individuare i possibili campanelli d'allarme, sia a livello anamnestico cogliendo i comportamenti a rischio del paziente, sia riconoscendo quelle manifestazioni cliniche, anche apparentemente distanti dalla malattia primitiva, che ne rappresentano le possibili complicanze.

Il medico di medicina generale è la figura sanitaria che più di ogni altra può contribuire a contrastare il sommerso; conoscendo il paziente e le sue dinamiche personali, avendo con lui un rapporto spesso amichevole e di fiducia, è in grado di identificare tutti i fattori di rischio e gli indizi nella storia clinica del paziente che potrebbero correlarsi a un'infezione da HCV e/o HIV e con approccio pro-attivo di proporre il primo *step* nell'approfondimento diagnostico.

In più, la possibilità di disporre di un *test* di *screening* che sia non invasivo,

di facile esecuzione, a risposta rapida e ben tollerato dal paziente da eseguire negli ambulatori di Medicina Generale per i soggetti a rischio individuati dai singoli medici sarebbe in grado di aumentare la *compliance* di tali pazienti, poiché il *test* potrebbe essere effettuato nell'ambulatorio di riferimento, in presenza del medico di fiducia e di personale sanitario conosciuto e senza doversi recare in laboratori di analisi.

Partendo da questa idea abbiamo creato un'iniziativa sperimentale, rappresentata dallo studio "TESSA" *no-profit*, promosso dalla SOD di Malattie Infettive e Tropicali dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi, Firenze, in collaborazione con i medici di medicina generale dell'AFT di Porta a Prato - Puccini, Firenze.

Lo studio ha avuto il parere favorevole della Sezione Area Vasta Centro del Comitato Etico Regionale per la Sperimentazione Clinica della Regione Toscana e l'autorizzazione dall'Area Governo Clinico dello Staff della Direzione Sanitaria dell'Azienda USL Toscana-Centro.

L'endpoint primario di tale studio è stato quello di dimostrare la fattibilità e l'accettabilità da parte del paziente dei *test* immunoenzimatici a risposta rapida su fluido salivare per la diagnosi di infezione da HCV e HIV nel *setting* della Medicina Generale, eseguiti su pazienti individuati dai singo-

li medici. La possibilità di effettuare uno *screening* per tali patologie al di fuori di un ospedale o di un laboratorio di analisi, infatti, può rappresentare un'opportunità per avvicinare quei soggetti maggiormente riluttanti a eseguire il *test* e così far emergere la quota di "sommerso".

Tale studio offriva anche l'occasione per creare informazione e diffondere una maggiore consapevolezza sul rischio, le modalità di trasmissione, le possibilità di protezione e l'esistenza di *test* rapidi di *screening* che possono essere eseguiti in ambulatorio o persino dal paziente autonomamente a domicilio.

Abbiamo pertanto utilizzato i *test* salivari OraQuick Advance® di OraSure Technologies Inc., 100 per HCV e 100 per HIV (forniti gratuitamente dalla ditta Meridian Bioscience Europe SRL) e abbiamo intrapreso uno *screening* che ci ha consentito di analizzare le potenzialità e le criticità di questa metodica nel *setting* della Medicina Generale.

In caso di positività di un *test* è stato previsto l'invio del soggetto presso il centro di riferimento di Malattie Infettive e Tropicali dell'AOU-Careggi, affinché fossero eseguiti i *test* sierologici per la conferma diagnostica e la successiva presa in carico del paziente. Tutti i *test* sono stati materialmente eseguiti dal personale infermieristico dell'ambulatorio, quindi non inficiando i tempi e la qualità dell'attività

medica, che si è limitata alla selezione dei pazienti in base ai loro fattori di rischio, alla proposta e alla completa informazione sullo *screening*.

Vista la non invasività del *test* e il rapido ottenimento della risposta tutti i pazienti hanno ben tollerato la procedura, mostrandosi entusiasti della possibilità di eseguire lo *screening* nell'ambulatorio del medico di fiducia. Dai dati raccolti si evidenzia come, nonostante i soggetti sottoposti al *test* appartenessero a categorie a rischio e il livello di istruzione fosse mediamente alto, il che si correla a una maggiore attenzione e conoscenza del problema, i pazienti avessero eseguito un precedente *screening* soltanto nel 19% dei casi per HCV e nel 38% per HIV. Ciò testimonia l'importanza di sviluppare altri metodi di *screening* per riuscire a intercettare anche questa rilevante parte di popolazione.

In conclusione lo studio ha dimostrato che l'esecuzione negli ambulatori di Medicina Generale di uno *screening* per HCV e HIV mediante *test* non invasivi, economici, di facile utilizzo e a risposta rapida è un'iniziativa fattibile e ben accettata dalla popolazione, rappresentando un metodo semplice e *cost-effective* capace di contribuire in modo considerevole a contrastare il problema delle diagnosi tardive e del sommerso.

martinellica@aou-careggi.toscana.it

SITO INTERNET DEDICATO A TOSCANA MEDICA

È attivo e online il sito internet che l'Ordine di Firenze dedica interamente a "Toscana Medica", la prestigiosa rivista fondata nel 1983 da Giovanni Turziani, che adesso si presenta ai lettori anche con questa nuova "veste": un sito tematico che raccoglie gli articoli pubblicati su ogni numero della rivista, organizzati in rubriche e facilmente consultabili, stampabili, linkabili e ricercabili per diverse chiavi di ricerca. Ovviamente non manca l'offerta della rivista "per intero", in formato PDF o sfogliabile, con la veste grafica identica all'originale cartaceo, che può essere consultata a video, salvata in locale o stampata. Tutti i nostri lettori sono invitati a consultare il sito www.toscanamedica.org del quale si auspica che verranno apprezzate la facile fruibilità (è ottimizzato anche per tablet e smartphone) e la chiarezza della struttura e dei contenuti. Naturalmente in attesa di suggerimenti e idee migliorative, che saranno le benvenute! Info: a.barresi@omceofi.it

Medicina Manuale

di Pietro Pasquetti, Giuseppe Falcone

La Medicina Manuale, attività svolta da medici, ha avuto una grande scuola senese che ne ha permesso lo sviluppo in Toscana e il riconoscimento tra le attività specialistiche mediche previste in tale Regione. Non è inserita però tra le Medicine Complementari ammesse dallo Stato-Regioni e non ha quindi ancora un elenco controllato all'interno dell'OMCeO Firenze: un vuoto cui si sta lavorando.

Gemma Brandi

Coordinatrice della Commissione per la Integrazione delle Medicine Complementari dell'OMCeO Firenze



PIETRO PASQUETTI
Direttore SODc-Riabilitazione C.T.O., Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi Firenze

GIUSEPPE FALCONE
SODc-Riabilitazione C.T.O., Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi Firenze

La Medicina Manuale da sempre ha il valore clinico di valutare disturbi algici con le mani del terapeuta e previa valutazione diagnostica e di effettuare manovre tecniche manuali, spesso mobilizzazioni anche ad alta energia. La Medicina Manuale ha le sue indicazioni e controindicazioni, la tecnica di esecuzione è spesso complessa, in ogni caso si inserisce in un progetto riabilitativo globale nel quale il momento basilare (talvolta in sinergia con terapie farmacologiche o mezzi fisici) appare l'esercizio terapeutico personalizzato.

Parole chiave:
dolore muscoloscheletrico,
mobilizzazione,
tecniche manuali, diagnosi

L'uso delle mani come strumento terapeutico per lenire i dolori è noto fin dall'antichità e sappiamo che era diffuso in molte civiltà antiche, seppur con caratteristiche e modalità diffe-

renti. Le moderne terapie manuali si sono sviluppate in particolare nell'ultimo secolo in un differente contesto culturale improntato a una costante ricerca di scientificità, uscendo così dall'ambito non medico e discutibile in cui troppo a lungo sono rimaste e proponendosi come utile strumento terapeutico nel trattamento di taluni disturbi dell'apparato locomotore.

L'interesse medico per la terapia manuale delle affezioni dell'apparato muscolo-scheletrico ha trovato crescente impulso sotto la spinta dell'evidenza empirica dei risultati, che seppur originariamente non convalidati dalle necessarie verifiche sperimentali non potevano certamente essere ignorati. La legittimazione neurofisiologica dell'atto terapeutico manuale è avvenuta parallelamente all'elaborazione della teoria del *gate control* midollare: è stato evidenziato come uno stimolo meccanico opportunamente somministrato sia potenzialmente in grado di interrompere il circolo vizioso tra contrattura e dolore e di veicolare un picco di afferenze che desensibilizzano i neuroni nocicettivi spinali fornendo immediato sollievo dal dolore al paziente.

In realtà i meccanismi alla base degli effetti delle terapie manuali *manu medica* – ad esempio quelle effettuate con le tecniche di Robert Maigne che noi adoperiamo nella nostra pratica clinica – sono complessi e necessitano di una spiegazione biomeccanica ma anche neurofisiologica, con effetti pure indiretti sulla soglia e la tolleranza al dolore, sull'eccitabilità del motoneurone e sulla sensibilità dolorifica. I

meccanismi d'azione sono ancora solo in parte compresi: una revisione sistematica di alcuni anni fa (Coronado RA *et al.*, 2012) prende in considerazione i lavori che hanno rilevato significativi cambiamenti nella sensibilità dolorifica dopo manipolazione vertebrale, riportando dati che evidenziano miglioramenti anche in zone lontane dal segmento vertebrale manipolato. Con il termine "Medicina Manuale" si fa oggi riferimento a una disciplina rigorosamente medica che si occupa della diagnosi e della terapia della patologia disfunzionale dell'apparato locomotore, in particolare delle disfunzioni mio-articolari e specialmente vertebrali di natura meccanica e reversibile. La terapia di queste entità nosologiche si può utilmente avvalere dell'utilizzo di specifiche tecniche di "manipolazione", ovvero specifiche sollecitazioni meccaniche mirate impresse ai differenti distretti e alle diverse regioni corporee, impulsi fisici controllati di sufficiente ampiezza su un distretto corporeo utilizzati al fine di risolvere il dolore, specie di origine vertebrale.

Nei Paesi anglosassoni il termine *manipulation* include diversi tipi di trattamento manuale: mobilizzazioni, stiramenti, tecniche miotensive e manovre dette "ad alta velocità e piccola ampiezza" (HVLA o *thrust*). Nelle scuole di Medicina Manuale europee soltanto queste ultime sono chiamate manipolazioni: si tratta di manovre articolari brevi e molto rapide, ovvero come le definì Robert Maigne – uno dei padri della Medicina Manuale moderna – "mobilizzazioni passive

forzate che tendono a portare gli elementi di un'articolazione al di là del loro gioco fisiologico, senza superarne i limiti anatomici". Le manipolazioni così definite si configurano come un atto precipuamente medico, cioè un gesto terapeutico – peraltro non scervro da controindicazioni e complicanze – che per risultare efficace deve necessariamente essere molto preciso e accurato e le cui coordinate devono essere determinate da uno scrupoloso esame clinico preliminare del paziente. Altri aspetti sono inerenti all'osteopatia e alla chiropratica, argomenti non oggetto di questa trattazione.

L'atto medico peculiare nell'ambito della Medicina Manuale è rappresentato dalla manipolazione a livello vertebrale: questo gesto terapeutico, spesso immediatamente efficace se somministrato da mani esperte in conformità a indicazioni e regole precise, è in realtà il culmine di un processo diagnostico e terapeutico di stretta competenza medica specialistica: anamnesi, esame clinico tradizionale e strumentale, esame basato sulla specifica semeiotica clinica topografica della Medicina Manuale (per esempio: esame segmentario vertebrale secondo Maigne), formulazione dell'ipotesi diagnostica e approccio terapeutico multidimensionale al paziente comprendente le manipolazioni vertebrali, previa accurata valutazione di indicazioni e controindicazioni e spesso in associazione ad altri presidi terapeutici quali la fisiocinesiterapia, la rieducazione funzionale e la correzione gestuale, la riabilitazione posturale.

Sulla base di quanto descritto la Medicina Manuale si configura come un bagaglio di conoscenze e competenze di grande rilevanza per il medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione, disciplina con la quale la Medicina Manuale condivide un approccio olistico alla persona, in linea con quello che è il substrato e il criterio metodologico basilare della Medicina Riabilitativa. La Medicina Manuale in vari Paesi rappresenta una ultraqualificazione di varie specializzazioni quali: fisioterapia, neurologia, ortopedia, reumatologia, medicina dello sport.

La pratica clinica quotidiana ci insegna che i dolori "comuni" d'origine rachidea – l'aggettivo "comuni" venne utilizzato per la prima volta dal reumatologo Stanislas de Sèze per distinguere questi dolori disfunzionali e meccanici, senza causa apparente, da quelli con un'eziologia ben precisa rappresentati da affezioni extra- e intra-rachidee, lesioni vertebrali d'origine tumorale, infiammatoria, metabolica e traumatica –, i suddetti dolori vertebrali "comuni", non sono evidenziabili con i mezzi tradizionali (esame clinico classico, esami di *imaging* ecc.) che indagano più la struttura anatomica che la funzione di un organo. Un esame clinico tradizionale e la diagnostica per immagini (RX, TC, RM ecc.) possono consentire di rilevare *red flags* e patologie organiche a carico del rachide ma, ad esempio nei frequenti casi di *low back pain* meccanico "aspecifico", dovuto a quello che R. Maigne definì come "disturbo intervertebrale minore", non ci permettono di individuare in maniera univoca la genesi e il *primum movens* del dolore rachideo.

Può essere necessario pertanto ricorrere a un tipo di semeiotica, non sostitutiva ma complementare rispetto alla semeiologia tradizionale, che risulti fondata su un esame clinico codificato e riproducibile, vale a dire l'esame clinico di Medicina Manuale, capace di rivelare l'origine di un dolore da alterata funzione, e che permetta di identificare, in particolare nel caso delle rachialgie meccaniche disfunzionali, l'eventuale presenza di un segmento vertebrale perturbato e la relativa disfunzione vertebrale segmentaria dolorosa, benigna, di natura meccanica e riflessa, generalmente reversibile (nota come disturbo doloroso intervertebrale minore secondo R. Maigne).

Tali disturbi intervertebrali minori (DIM) sono molto frequenti e temporaneamente invalidanti, possono essere conseguenza di traumi rachidei diretti e indiretti, microtraumi cronici (*overuse*), sforzi abnormi, falsi movimenti, nonché di eventuali alterazioni posturali. Sono spesso sottostimati e scarsamente riconosciuti pur rappresentando i de-

nominatori comuni di molti dolori d'origine vertebrale e si possono trovare a tutti i livelli del rachide e più frequentemente nelle zone transizionali vertebrali, ovvero nei segmenti di passaggio del rachide tra regioni morfologicamente distinte e che presentano tipi di mobilità differenti. Esistono 3 zone transizionali vertebrali: cervico-dorsale, dorso-lombare e lombo-sacrale; si tratta di distretti del rachide particolarmente sollecitati nei movimenti della vita quotidiana e che dunque risultano maggiormente suscettibili di disfunzioni dolorose. L'associazione simultanea di più DIM localizzati in due o più zone transizionali e tutti dallo stesso lato configura la cosiddetta sindrome delle zone transizionali secondo Maigne.

Tra i disturbi vertebrali, la lombalgia è stata ed è certamente un'indicazione preminente della Medicina Manuale. Le principali indicazioni alle manipolazioni vertebrali secondo Maigne sono rappresentate: dal disturbo intervertebrale minore, una disfunzione dolorosa del segmento vertebrale di natura meccanica, e dalla sindrome cellulotenomiale, manifestazioni dolorose (riflesse) a livello dei tessuti del metamero corrispondente al segmento vertebrale in causa. Tali manifestazioni cliniche risultano frequenti espressioni del corteo sintomatologico tipico della lombalgia meccanica aspecifica. Quest'ultima forma di *low back pain*, prevalentemente su base discogenica (protrusioni discali) ma di origine multifattoriale e in cui un'importante componente è rappresentata da squilibri posturali e biomeccanici, costituisce una delle manifestazioni algiche più frequenti nella popolazione generale.

L'esecuzione della manovra manipolativa vertebrale deve avvenire previa esclusione della presenza di controindicazioni cliniche (controindicazioni assolute sono ad esempio le neoplasie primitive o secondarie del rachide, i processi infettivi vertebrali – spondilodisciti e osteomieliti vertebrali –, le pelvispondilite reumatiche in fase acuta, la presenza di recenti lesioni traumatiche del rachide, l'insufficienza carotidea e vertebro-basilare e la sindrome della cauda equina) e nel rispetto delle

classiche regole del non dolore e del movimento contrario a quello limitato, esplorando le varie direzioni del movimento secondo lo schema a stella di Maigne e Lesage in cui i sei raggi della stella corrispondono ai sei movimenti elementari del rachide, rotazione e inclinazione laterale a sinistra e a destra, flessione ed estensione: se più di tre direzioni risultano bloccate o dolorose la manipolazione non deve essere effettuata. Questo sistema permette di rilevare le controindicazioni tecniche delle manipolazioni; inoltre, seguendo le suddette regole si evita il rischio di una riacutizzazione del dolore “paradossa” (in caso di manipolazione nella direzione algogena le afferenze dolorose sovrastano quelle tattili e propriocettive). Le manipolazioni vertebrali vengono dunque effettuate secondo le direzioni di movimento che restano “libere”, sia con tecniche multidirezionali che con tecniche unidirezionali successive. L'atto terapeutico manipolativo viene eseguito in tre tempi: il corretto posizionamento del paziente; la messa in tensione del segmento vertebrale sul quale si effettua la manovra e infine l'impulso manipolativo propriamente detto, che prevede un movimento forzato, secco, breve unico, che si accompagna a una sensazione di improvviso cedimento della resistenza articolare e spesso, ma non necessariamente, a un rumore caratteristico di schiocco (*craquement* secondo la Scuola francese) dovuto al fenomeno di cavitazione causato dalla brusca separazione delle superfici articolari (Figure 1, 2).

Gli effetti delle manipolazioni vertebrali sul rachide si valutano in termini di riduzione del dolore e miglioramento della mobilità articolare. In generale le procedure di Medicina Manuale risultano sicure ed efficaci, purché eseguite da medici qualificati su pazienti selezionati, che presentino la corretta indicazione al trattamento manipolativo. Inoltre, occorre sottolineare tra gli aspetti positivi della Medicina Manuale il fatto che essa consente di limitare il ricorso alla terapia farmacologica sistemica e al contempo di ridurre il rischio di cronicizzazione e recidive delle algie vertebrali. Dall'esame della letteratura scientifica



Figura 1 – Tecnica: manipolazione semi-diretta, in lordosi lombare, posizione “spalla-bacino”, in rotazione sx (DIM L4).



Figura 2 – Tecnica: manipolazione indiretta, in estensione, cerniera dorso-lombare (DIM D11).

emerge una crescente evidenza dell'efficacia delle manipolazioni vertebrali in fase acuta e subacuta, mentre in fase cronica l'evidenza aumenta nella misura in cui vengono associate ad altre terapie della stessa medicina manuale e a trattamenti riabilitativi multidisciplinari. Secondo quattro linee guida (statunitense, inglese, italiana, australiana) le manipolazioni vertebrali risultano utili in soggetti con lombalgia acuta senza radicolopatia, riducono il dolore nelle fasi acute e subacute con bassi rischi e rappresentano un'utile opzione terapeutica nel singolo episodio di *low back pain* aspecifico acuto. L'*American college of Physicians* e l'*American Pain Society* hanno pubblicato congiuntamente nel 2017 delle linee guida di pratica clinica per il trattamento della lombalgia in cui si raccomanda l'associazione di strategie non farmacologiche – tra cui anche le manipolazioni vertebrali – per il trattamento

di pazienti affetti da *low back pain* meccanico acuto e subacuto. Secondo le *consensus* e il parere condiviso degli esperti le manipolazioni vertebrali costituiscono un valido trattamento nelle rachialgie meccaniche, purché si rispettino le indicazioni e le procedure diagnostico-terapeutiche della Medicina Manuale.

In una moderna prospettiva riabilitativa e nell'ottica di un progetto riabilitativo individuale multidisciplinare e multimodale volto non solo alla risoluzione della sintomatologia dolorosa e delle relative limitazioni algo-funzionali dei pazienti affetti da lombalgia acuta e subacuta, ma anche alla prevenzione delle recidive e alla rieducazione dei pazienti a un corretto “utilizzo” del rachide lombare, l'integrazione di vari presidi terapeutici può consentire di implementare i risultati del trattamento riabilitativo. Nella suddetta prospettiva l'associazione delle manipolazioni vertebrali secondo Maigne con uno specifico programma di esercizio terapeutico può rappresentare a nostro avviso un'utile sinergia terapeutica nella riabilitazione di questi pazienti.

Ricordo che la SIMFER, Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitazione, composta da molte centinaia di medici fisiatristi italiani e anche stranieri, presenta una sua specifica sezione relativa alla Medicina Manuale.

In estrema sintesi ripetiamo che il congruo aspetto terapeutico prevede anche in questa disciplina la corretta individuazione diagnostica delle indicazioni e controindicazioni cliniche (quindi è atto medico), momento questo preliminare/propedeutico alla successiva manovra tecnica manuale personalizzata.

Con queste premesse si ricorda che è attivo un servizio medico di Medicina Manuale (con tecniche di Maigne e Stecco ecc.) all'interno della SODc - Riabilitazione - AOU, al quale si accede dopo visita fisiatrica prenotabile al CUP metropolitano:

- 840003003 da telefono fisso;
- 199175955 da cellulare;
- oppure CUP CTO 0557948000.

pasquettip@aou-careggi.toscana.it

Farmaci antipsicotici in età evolutiva

Aggiornamento in materia di prescrizione

di Riccardo Lo Parrino, Mario Landi, Roberto Leonetti, Romina Lattanzi

Molte e interessanti le novità in tema di prescrizione di farmaci antipsicotici in pazienti delicati e complessi come quelli in età evolutiva.

Parole chiave:

antipsicotici, uso *off label*, adolescenti, disturbi mentali, bambini

Nelle sedute del 13, 14 e 15 novembre 2018 la Commissione Consultiva Tecnico-Scientifica dell'AIFA ha espresso parere favorevole all'inserimento nell'elenco delle specialità medicinali erogabili a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale ai sensi della legge 648/96 di 3 farmaci antipsicotici, aripiprazolo, risperidone e pimozide, per uso pediatrico (limitatamente ad alcune fasce di età) e per indicazioni cliniche di notevole importanza.

La legge 648/96 (e suoi aggiornamenti) consente di erogare a carico del Servizio Sanitario Nazionale, previo parere espresso dalla Commissione Consultiva Tecnico-Scientifica dell'AIFA:

quando non vi è alternativa terapeutica valida:

- medicinali innovativi in commercio in altri Stati ma non sul territorio nazionale,
- medicinali ancora non autorizzati ma sottoposti a sperimentazione clinica,

- medicinali da impiegare per un'indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata;

quando vi è alternativa terapeutica valida (art 3 l. 79/2014):

- medicinali da impiegare per un'indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata, purché tale indicazione sia nota e conforme a ricerche condotte nell'ambito della comunità medico-scientifica nazionale e internazionale, secondo parametri di economicità e appropriatezza.

Il provvedimento della Commissione Tecnico-Scientifica dell'AIFA di novembre 2018 sana almeno in parte lacune nella risposta farmacologica ad aree della psicopatologia dell'età evolutiva caratterizzate da complessità clinica, compromissione funzionale, forte impegno gestionale delle famiglie, come i disturbi dello spettro autistico, le psicosi a esordio precoce e la sindrome di Tourette.

Occorre ricordare infatti (Bonati M et al., 2017) che oltre la metà dei farmaci antipsicotici presenti sul mercato italiano non ha alcuna indicazione autorizzata per l'età evolutiva, altri (come nel caso di clorpromazina, litio, perfenazina, periciazina, promazina, ziprasidone) ne hanno almeno una autorizzata e, sino al recente provvedimento della Commissione Tecnico-Scientifica, soltanto tre erano inseriti nella lista dei farmaci del "sistema nervoso e apparato muscolo-scheletrico" a uso consolidato ex l. 648/96:

- la *clozapina*, autorizzata per il trattamento di psicosi acute e croniche nell'adolescente e nel bambino maggiore di 7 anni. La clozapina è



RICCARDO LO PARRINO
Coordinatore del Servizio Territoriale per lo Scompenso Psicico in Adolescenza dell'Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia e Adolescenza di Firenze

MARIO LANDI
Direttore U.F. Salute Mentale Infanzia e Adolescenza di Firenze

ROBERTO LEONETTI
Direttore U.O. Neuropsichiatria Infantile, Azienda USL Toscana-Centro

ROMINA LATTANZI
Neuropsichiatra Infantile, U.F. Salute Mentale Infanzia e Adolescenza di Firenze

un *antipsicotico atipico* con comprovata efficacia nel trattamento della schizofrenia dell'adolescente. La prescrizione di clozapina prevede, oltre a quelle comuni a tutti gli antipsicotici atipici, specifiche precauzioni d'uso, in particolare: una conta dei globuli bianchi nelle prime 18 settimane eseguita settimanalmente, quindi ogni 15 giorni sino a 1 anno e in seguito mensilmente; un'attenzione a indicatori di malattia cardiaca prima e durante il trattamento (esame fisico, anamnesi completa e ECG a inizio della terapia, a 6 mesi e poi annualmente), essendo stati segnalati casi di miocardite fatale e cardiomiopatie più comuni nei primi 2 mesi di assunzione; glicemia a digiuno dopo 1 mese, poi ogni 4-6 mesi;

- l'*olanzapina*, autorizzata per il trattamento della schizofrenia e del disturbo bipolare nell'adolescente e nel bambino maggiore di 7 anni; è un *antipsicotico atipico* con dimostrata efficacia in *trial* randomizzati controllati nel trattamento della schizofrenia dell'adolescente e nel disturbo bipolare a insorgenza precoce; oltre alle precauzioni d'uso

previste per tutti gli antipsicotici atipici è richiesto un attento monitoraggio: della glicemia e di sintomi riconducibili al diabete mellito; del peso corporeo (4-8-12 settimane dall'inizio della terapia e poi ogni 3 mesi), poiché l'olanzapina presenta un rischio maggiore rispetto agli altri antipsicotici della stessa classe di incremento ponderale;

- la *quetiapina*, autorizzata per il trattamento della schizofrenia e del disturbo bipolare nell'adolescente dai 12 anni.

Per ciascuno dei tre farmaci (risperidone, aripiprazolo, pimozide) esaminati dalla Commissione Tecnico-Scientifica sono disponibili almeno due studi clinici di elevata qualità, controllati e randomizzati e si tratta di farmaci presenti in revisioni sistematiche e in linee guida nazionali e internazionali (Bonati M et al., 2017). Le indicazioni per cui è stato espresso parere favorevole sono le seguenti:

- *risperidone*: trattamento a breve termine di problemi comportamentali in soggetti dai 5 anni con disturbi dello spettro autistico che non abbiano risposto in maniera efficace a interventi non farmacologici o per i quali tali interventi non sono disponibili; sindrome di Tourette da moderata a grave a partire dai 7 anni; *add-on* al metilfenidato in soggetti dai 7 anni con disturbo da *deficit* d'attenzione e iperattività e disturbo oppositivo-provocatorio,

disturbo della condotta o aggressività che non abbiano risposto al solo metilfenidato;

- *aripiprazolo*: trattamento sino a 8 settimane dei disturbi dello spettro autistico che non abbiano risposto in maniera efficace a interventi non farmacologici o per i quali tali interventi non sono disponibili; sindrome di Tourette da moderata a grave a partire dai 6 anni; è modificata inoltre la prescrivibilità per il trattamento (fino a 12 settimane) degli episodi maniacali di grado da moderato a severo del disturbo bipolare di tipo I, anticipata dai 13 ai 10 anni, e della schizofrenia, anticipata dai 15 ai 13 anni;
- *pimozide*, che non aveva sino a oggi alcuna indicazione autorizzata in età evolutiva: trattamento della sindrome di Tourette dai 12 anni.

La prescrizione di medicinali erogabili a carico del Servizio Sanitario Nazionale secondo la legge 648/1996 prevede:

1. l'acquisizione del consenso informato scritto dei genitori, quando il paziente sia minorenni, o del paziente che abbia raggiunto la maggiore età; il consenso informato, oltre alle informazioni dettagliate relative all'efficacia e alla sicurezza per l'indicazione terapeutica proposta, deve contenere un chiaro riferimento all'uso *off label* del medicinale, prescritto al di fuori delle situazioni previste dalla scheda tecnica del prodotto;

2. la stesura del piano terapeutico da parte della struttura specialistica prescrittrice;
3. l'erogazione del farmaco da parte del servizio farmaceutico dell'azienda ospedaliera o dell'azienda sanitaria di residenza del paziente.

Quello della Commissione Tecnico-Scientifica dell'AIFA rappresenta un provvedimento di notevole rilievo nel garantire a bambini e ragazzi con patologie neuropsichiatriche l'accesso a cure gratuite, in quanto pienamente rimborsabili da parte del Servizio Sanitario Nazionale, per indicazioni in precedenza non autorizzate. Esso risponde a bisogni di natura propriamente clinica e, nondimeno, riconosce un diritto irrinunciabile dei bambini e degli adolescenti, "il diritto alle cure disponibili più appropriate" (Bonati M, et al.).

Ringraziamento

Un ringraziamento particolare per l'impegno costantemente e rigorosamente profuso affinché nel nostro Paese ciò accada sempre di più va al dr. Maurizio Bonati, responsabile del Dipartimento di Salute Pubblica e del Laboratorio per la Salute Materno-Infantile dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri, e ai suoi collaboratori.

riccardo.loparino@uslcentro.toscana.it



Il respiro consapevole: strumento di *recovery* delle dipendenze patologiche

di Laura Calviani, Alessandro Orsetti, Adriana Iozzi



LAURA CALVIANI

Dirigente medico SAT - Centro Diurno Alcolologico - Day Service "La Fortezza. Laurea in Medicina e Chirurgia nel 1989, specialista in Epatologia e Tossicologia Medica, Medico Tossicologo, master in Counselling e Comunicazione Interrelazione presso l'Università di Siena. Lavora dal 1998 nell'ambito delle Dipendenze Patologiche e dal 2008 presso SerD Zona Firenze. Dal 2011 si occupa di mindfulness

ALESSANDRO ORSETTI

Educatore Professionale Servizio per le Dipendenze Patologiche, UFC SerD C Zona 1 Firenze

ADRIANA IOZZI

Medico Psichiatra, direttore f.f. UFC SerD C, Zona 1 Firenze

Nell'ambito delle dipendenze patologiche hanno acquisito sempre più importanza la valutazione e la cura del *craving* che viene definito come desiderio intenso, intrusivo, non controllabile dalla volontà per la sostanza (stupefacente, alcol o tabacco), come anche per un cibo o per qualunque altro oggetto-comportamento gratificante (gioco, *shopping*, sesso, pornografia). Recenti studi hanno mostrato come l'esercizio della *mindfulness* possa essere di aiuto nella cura della dipendenza e nei meccanismi neurobiologici che a essa sottendono.

Parole chiave:
craving, mindfulness, addiction,
Respiro SOBER

Una delle più importanti evoluzioni degli ultimi anni, per gli operatori delle dipendenze, ha riguardato la modalità di approccio alla patologia: da un approccio basato essenzialmente sui sintomi dell'intossicazione e dell'astinenza alla presa in considerazione dell'elemento saliente dei comportamenti di abuso: il *craving*. Questo è avvenuto soprattutto per 2 fattori:

1. l'inserimento nel DSM 5 del 2103 del *craving* come criterio fondamentale per fare diagnosi di disturbo da uso di sostanze e disturbo da *addiction* grazie al quale è stata data ufficialmente pari dignità rispetto agli altri consueti criteri fino allora utilizzati per fare diagnosi, pur rappresentando un sintomo estremamente soggettivo;
2. la sempre maggiore incidenza delle dipendenze comportamentali (gioco, *videogame*, *shopping*, sesso, pornografia), la cui diagnosi e valutazione clinica necessita di parametri ulteriori rispetto a quelli che eravamo abituati a utilizzare.

Cosa si intende per *craving*?

Si tratta del desiderio intenso, intrusivo, non controllabile dalla volontà per la sostanza (stupefacente, alcol o tabacco), come anche per un cibo o per qualunque altro oggetto-comportamento gratificante (gioco, *shopping*, sesso, pornografia). È il motore che spinge la persona dipendente a ricercare l'oggetto del-

la dipendenza. Un tempo il *craving* veniva messo in stretta correlazione con il quadro astinenziale; oggi invece sappiamo che è indipendente da questo: può permanere anche a distanza di tempo dalla risoluzione del quadro clinico della dipendenza e può essere presente anche in chi non ha mai sofferto di sintomi da astinenza.

Adesso conosciamo molto meglio il fenomeno del *craving* rispetto a qualche anno fa, grazie agli studi neurobiologici e alle tecniche di *neuroimaging*. Sappiamo che è un processo estremamente complesso in cui sono coinvolti vari sistemi: il sistema dopaminergico mesolimbico-corticale, importante nel mediare la componente motivazionale e gratificante del *craving*, e la corteccia prefrontale, indebolita dall'uso cronico delle sostanze o del comportamento disfunzionale, essenziale nel favorire l'aspetto impulsivo del *craving*. Il *craving* spesso si "an-

nuncia” con sensazioni sgradevoli, come rabbia, frustrazione, senso di angoscia, di aggressività, tristezza e, spesso, con un corredo somatico neurovegetativo come tremori, irrequietezza interna, tachicardia, cefalea e disturbi visivi.

Da questo la tendenza a evitare il momento presente spesso portatore di sensazioni sgradevoli attraverso il comportamento automatico di utilizzo della sostanza.

Allo scopo di fronteggiare un sintomo e un segno fondamentale, per gli operatori è stato necessario individuare nuove e aggiornate strategie il cui scopo è aiutare la persona a farsi consapevole delle sensazioni, anche fisiche, avvertite, a riconoscerle in quanto *craving* e regolarle senza ricorrere a modalità di “fuga”.

Pertanto la pratica della consapevolezza, attraverso esercizi esperienziali di *mindfulness* (come ci dimostra la letteratura più recente), può aiutare il paziente a riconoscere i meccanismi che portano alla ricaduta e a rendere possibile l'esplorazione delle possibilità di non reagire automaticamente.

A questo proposito i SerD dell'area fiorentina hanno desiderato approfondire la conoscenza della *mindfulness* inizialmente come strumento esperienziale per un percorso di consapevolezza personale, attraverso una formazione della durata di 3 anni con la guida e la supervisione della dr.ssa Patrizia Bruno, psicoterapeuta e insegnante di *Mindfulness*, e successivamente come strumento da applicare in ambito terapeutico.

La UFS SerD C di Firenze ha quindi avviato l'attività di un gruppo esperienziale, rivolto a pazienti in carico al Servizio Alcolologico e al SERD con quadri di dipendenza da alcol o sostanze, di avvio alla consapevolezza, basandosi sul programma MBRP (*Mindfulness-Based Prevention Relapse*) ideato da Bowen S, Chawla N, Alan Marlatt G.

Il programma si è svolto in otto sessioni della durata di un'ora e mezza ciascuna a cadenza settimanale. Gli operatori hanno ritenuto importan-

te centrare l'attenzione sull'esperienza delle sessioni e della condivisione dell'esperienza fatta.

Quindi sono stati proposti esercizi che focalizzassero l'attenzione sul corpo e sulle relative percezioni, sui movimenti guidati e consapevoli, sulle sensazioni ed emozioni emergenti di fronte alla richiesta di immaginare situazioni o attività quotidiane, e su come queste condizionassero l'umore, lo stato di vita o la salute, in termini di effetti vitalizzanti e positivi oppure negativi. Sono stati anche indagati ed esaminati, sempre attraverso esercizi di consapevolezza che si sono avvalsi prevalentemente del respiro, i fattori che potevano influire sulla vulnerabilità, definiti con l'acronimo HALT (*Hungry, Angry, Lonely, Tired*).

La partecipazione dei componenti è stata costante.

Le persone stesse hanno gradito il programma e il corso, dichiarando l'utilità degli esercizi appresi che poi venivano effettuati anche a casa durante la settimana.

Durante i 2 mesi di attività non si sono verificate ricadute nell'uso di alcol e sostanze ed è stata osservata una riduzione di terapie farmacologiche sia per il *craving* che per le componenti psicopatologiche associate.

È stata soprattutto apprezzata la modalità di affrontare la tematica della dipendenza con un taglio diverso da quello che può essere vissuto abitualmente.

Non c'era alcuna indagine riguardo l'uso o l'abuso ma solo la richiesta che ognuno focalizzasse l'attenzione sulle proprie sensazioni ed emozioni, espressa con l'accortezza di non esprimere giudizi e di stare, piuttosto, alle percezioni del momento.

Nel caso si fossero presentati dei pensieri, catalogarli come tali, e nel caso avessero portato un giudizio, prenderne le distanze osservandolo come tale.

L'esercizio che i pazienti hanno utilizzato maggiormente durante la pratica a casa è stato il cosiddetto “Respiro SOBER” (*Stop, Observe, Breath, Expand*-la consapevolezza a tutto quanto il corpo, *Respond*-il

contrario di reagire). Hanno affermato che proprio l'utilizzo di questi passaggi ha permesso loro di disinnescare il pilota automatico della risposta dalla sensazione sgradevole e di *discomfort* (*craving*) alla reazione (ricaduta). Ma, al contrario, riconoscendo le sensazioni sia somatiche che emotive, utilizzando il respiro per darsi uno spazio di accettazione, si creava quel lasso di tempo che consentiva loro di “rispondere” scegliendo la risposta adeguata in quel momento e non di “reagire” in maniera automatica. Peraltro questo percorso presenta diverse aree di affinità con il programma dei 12 passi di Alcolisti Anonimi o Narcotici Anonimi con i quali i Servizi per le dipendenze collaborano da sempre. Infatti entrambi incoraggiano lo sviluppo della facoltà di discernere tra quello che possiamo e quello che non possiamo controllare, e incoraggiano il riconoscimento dei fattori che accentuano la vulnerabilità alla ricaduta oppure ad altri comportamenti problematici come per esempio solitudine o stanchezza. Tuttavia un programma che si richiama alla *Mindfulness-Based Relapse Prevention* è un percorso più individualizzato, che favorisce una maggiore familiarità con le proprie sensazioni e i propri pensieri e la ricaduta viene accettata come parte del processo di apprendimento piuttosto che come fallimento.

Ecco perché riteniamo che i percorsi possano essere paralleli e che l'uno completi l'altro.

Più strumenti di fronteggiamento siamo in grado di fornire e maggiore sarà la possibilità di efficacia dei trattamenti, lasciando che le persone utilizzino maggiormente l'uno o l'altro in relazione alle esigenze del momento.

Teniamo conto inoltre che, nell'ottica di una necessaria e oculata gestione delle risorse, respirare consapevolmente non potrà comportare spese aggiuntive.

laura.calviani@uslcentro.toscana.it
alessandro.orsetti@uslcentro.toscana.it

Tromboprofilassi nel paziente obeso sottoposto a intervento di chirurgia bariatrica o chirurgia generale ad alto rischio

di Federica Marini, Enrico Facchiano, Marcello Lucchese, Vittorio Pavoni, Rita Cammelli, Massimo Barattini



FEDERICA MARINI
Specializzata in Anestesia e Rianimazione, (Università degli Studi di Firenze) e in Medicina Interna. È Responsabile della Terapia Intensiva e della Medicina Perioperatoria presso l'Ospedale di Santa Maria Nuova, Azienda USL Toscana-Centro

ENRICO FACCHIANO
S.O.S.D. Chirurgia Generale Bariatrica e Metabolica, Ospedale Santa Maria Nuova, Azienda USL Toscana-Centro

MARCELLO LUCCHESI
Direttore di Struttura, S.O.S.D. Chirurgia Generale Bariatrica e Metabolica, Ospedale Santa Maria Nuova, Azienda USL Toscana-Centro

VITTORIO PAVONI
Direttore di Struttura, S.O.C. Anestesia e Rianimazione, Ospedale Santa Maria Annunziata, Azienda USL Toscana-Centro

RITA CAMMELLI
S.O.S.D. Anestesia e Rianimazione, Ospedale Santa Maria Nuova, Azienda USL Toscana-Centro

MASSIMO BARATTINI
Direttore di Struttura, S.O.S.D. Anestesia e Rianimazione, Ospedale Santa Maria Nuova, Azienda USL Toscana-Centro

L'obesità è una condizione caratterizzata da un eccessivo accumulo di grasso corporeo, condizione che determina gravi danni alla salute.

Il paziente obeso è ad alto rischio per malattie cardiovascolari e metaboliche, nonché per complicanze tromboemboliche. La chirurgia aumenta ulteriormente tale rischio. Varie sono le strategie terapeutiche per prevenire la complicanza tromboembolica perioperatoria.

Parole chiave:

obesità, trombosi venosa, chirurgia, eparina a basso peso molecolare

L'obesità è una condizione caratterizzata da un eccessivo accumulo di grasso corporeo, condizione che determina gravi danni alla salute. L'indice di massa corporea IMC o *body mass index* BMI è l'indice

per definire le condizioni di sovrappeso-obesità più ampiamente utilizzato, anche se dà un'informazione incompleta (ad esempio non dà informazioni sulla distribuzione del grasso nell'organismo e non distingue tra massa grassa e massa magra); il BMI è il valore numerico che si ottiene dividendo il peso (espresso in kilogrammi) per il quadrato dell'altezza (espressa in metri).

Le definizioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sono:

- sovrappeso = BMI da ≥ 25 fino a 29,99;
- obesità = BMI ≥ 30 .

L'obesità può essere classificata come:

- lieve o di 1° grado (BMI = 30-34,9; eccedenza ponderale del 20-40%);
- media o di 2° grado (BMI = 35-39,9; eccedenza ponderale del 41-100%);
- grave o di 3° grado o patologica (BMI ≥ 40 ; eccedenza ponderale oltre il 100%).

In Italia, secondo i dati raccolti nel 2010 dall'Istituto Superiore di Sanità, il 32% degli adulti risulta in sovrappeso, mentre l'11% è obeso (BMI > 30 kg/m²); l'incidenza dell'obesità patologica (BMI > 40 kg/m²) è approssimativamente lo 0,8-1% della popolazione e tende ad aumentare. L'obesità viene poi classificata in due forme, in base alla distribuzione del tessuto adiposo, cioè alla localizzazione del grasso (Figura 1):

- **obesità centrale detta anche viscerale o androide:** è caratterizzata da una distribuzione del grasso corporeo prevalentemente a livello

addominale, è la forma comunemente definita "a mela"; l'obesità centrale è associata a disordini metabolici (quali diabete e dislipidemia) e malattie cardiovascolari (quali ipertensione, aterosclerosi e cardiopatie);

- **obesità periferica detta anche sottocutanea o ginoide:** quando il grasso si distribuisce prevalentemente a livello sottocutaneo in particolare nei glutei, nella regione posteriore del tronco, a livello delle anche e delle cosce, della zona sotto-ombelicale dell'addome e non, è la forma comunemente definita "a pera";
- **esistono forme di obesità cosiddetta diffusa o mista,** che costi-

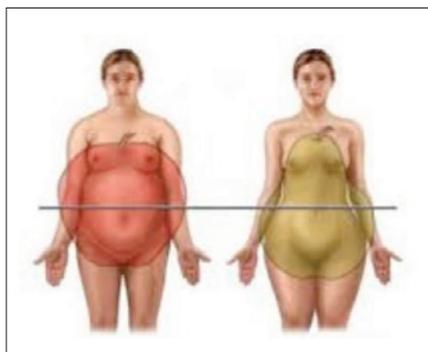


Figura 1 – Obesità androide e ginoide.

tuiscono la forma più comune di obesità specie nelle classi a più alto indice di massa corporea e consistono in un incremento omogeneo del tessuto adiposo in tutto il corpo, in sede sia viscerale che sottocutanea.

Il paziente obeso è ad alto rischio di complicanza tromboembolica perioperatoria. Il rischio aumenta per un indice di massa corporea $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ per essere ancora più elevato nell'obesità severa con $\text{BMI} \geq 40 \text{ kg/m}^2$.

Il tasso di tromboembolismo, incluse trombosi venosa profonda ed embolia polmonare dopo chirurgia bariatrica, varia, in letteratura, dallo 0,3% al 2,2%, con un tasso di embolia polmonare di circa l'1% nonostante siano stati instaurati metodi preventivi per questa complicanza.

Vi sono rischi correlati al paziente e rischi correlati alla procedura (Tabella I).

I rischi aumentano ulteriormente in caso di ipertensione polmonare, insufficienza respiratoria, stasi venosa, terapia ormonale.

Varie strategie terapeutiche, meccaniche e/o farmacologiche, sono state utilizzate per prevenire il tromboembolismo nel paziente obeso sottoposto a chirurgia bariatrica. L'eparina a basso peso molecolare offre una migliore tromboprofilassi rispetto all'eparina non frazionata. Nonostante questo, l'approccio ottimale non è ancora chiaro per la mancanza di *consensus* o linee guida nazionali per la gestione della profilassi del tromboembolismo in questa classe di pazienti.

Per tale ragione il gruppo interdisciplinare di Chirurgia Bariatrica di Azienda Toscana-Centro ha ritenuto necessaria la stesura di un protocollo per la gestione perioperatoria di questi pazienti.

Il protocollo è in applicazione nel Centro di Chirurgia Bariatrica dell'Ospedale di Santa Maria Nuova dal gennaio 2017.

Nel febbraio 2018 sono uscite le Linee Guida Europee dove viene ribadita la mancanza di *trials* randomizzati di alta qualità tali da fornire forti raccomandazioni ma viene consigliata una dose di eparina a basso peso molecolare profilattica aggiustata sul peso.

I pazienti con $\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ che devono essere sottoposti a chirur-

gia bariatrica o a chirurgia ad alto-medio rischio tromboembolico assumono una dose profilattica di eparina a basso peso molecolare la sera prima dell'intervento, salvo controindicazioni (ad esempio parnaparina 4250 – sotto-cute – s.c. o enoxaparina 4000 s.c.). Se il BMI sarà $\geq 50 \text{ kg/m}^2$ o il peso del paziente sarà $\geq 150 \text{ kg}$, la dose di eparina a basso peso molecolare prescritta sarà maggiore (parnaparina 6400 s.c. o enoxaparina 6000 s.c.).

La mattina dell'intervento il paziente arriva in sala operatoria camminando e avendo già posizionato calze elastocompressive agli arti inferiori, senza alcuna premedicazione. Sul letto operatorio viene posizionata la compressione pneumatica intermittente (salvo controindicazioni come linfedema severo, lesioni aperte o arteriopatia obliterante) che il paziente continuerà senza interrompere anche nel postoperatorio, strategia raccomandata per tutti i pazienti bariatrici.

Nel postoperatorio la combinazione tra tromboprofilassi meccanica (calze elastiche associate alla compressione pneumatica intermittente) e farmacologica (in base al giudizio clinico e al rischio di sanguinamento) e deambulazione precoce è la strategia ottimale per la riduzione del rischio di trombosi.

Il giorno dell'intervento i pazienti con $\text{BMI} < 50 \text{ kg/m}^2$ eseguiranno profilassi farmacologica in mono-somministrazione *standard* (parnaparina 4250 s.c. o enoxaparina 4000 s.c.).

I pazienti con un'obesità maggiore con $\text{BMI} \geq 50 \text{ kg/m}^2$ o peso $\geq 150 \text{ kg}$ riceveranno un'unica dose aumentata (parnaparina 6400 s.c. o enoxaparina 6000 s.c. *die*). Qualsiasi sia la dose di eparina a basso peso molecolare scelta dovrà essere somministrata a distanza di almeno 6 ore dall'intervento e dopo aver verificato l'assenza di sanguinamento, insufficienza renale e piastrinopenia.

Dal giorno dopo l'intervento, se non vi sono segni di sanguinamento o altre controindicazioni (insufficienza renale e/o piastrinopenia), per i pazienti con $\text{BMI} = 30-50 \text{ kg/m}^2$ si

Fattori di rischio correlati al paziente

- Età
- Sesso maschile
- Peso del paziente o BMI
- Anamnesi positiva per tromboembolismo venoso
- Fumo

Fattori di rischio correlati alla procedura

- Chirurgia *open* verso laparoscopica
- Tempo chirurgico superiore a 3 h
- Deiscenza anastomotica postoperatoria
- Tipo di procedura:
 - *bypass* gastrico vs altra chirurgia bariatrica
 - revisione di chirurgia bariatrica
 - *sleeve gastrectomy*, *bypass* gastrico laparoscopico, *bypass* gastrico *open* e intervento di *duodenal switch* verso posizionamento di bendaggio gastrico

Tabella I. – Fattori di rischio di tromboembolia perioperatoria.

somministra doppia dose di eparina a basso peso molecolare (parnaparina 4250 s.c. x 2 *die* o enoxaparina 4000 s.c. x 2 *die*); per i pazienti con BMI ≥ 50 kg/m² o peso ≥ 150 kg si consiglia un aumento della dose (parnaparina 6400 s.c. x 2 *die* o enoxaparina 6000 s.c. x 2 *die*).

Tale regime terapeutico sarà continuato per tutta la degenza, salvo controindicazioni quali sanguinamento, trombocitemia grave o insufficienza renale.

In caso di insufficienza renale si consiglia di calcolare la *clearance* della creatinina con la formula di Cockcroft-Gault per l'aggiustamento della dose in tutte le fasi di periodo perioperatorio.

Al momento della dimissione verrà prescritta terapia con eparina a basso peso molecolare aggiustata sul peso in un'unica dose giornaliera da eseguire per un mese dopo l'in-

tervento (parnaparina 4250 s.c. *die* o enoxaparina 4000 s.c. *die* oppure, se BMI ≥ 50 Kg/m² o peso ≥ 150 kg, parnaparina 6400 s.c. o enoxaparina 6000 s.c. *die*).

La deambulazione precoce è raccomandata per tutti i pazienti chirurgici bariatrici e non. Nel nostro centro infatti i pazienti vengono mobilizzati 5/6 ore dopo l'intervento. I pazienti che da molti anni seguono il protocollo ERAS - *Enhanced Recovery After Surgery* ricevono anche alimentazione idrica dopo le stesse 5/6 ore non essendo portatori di sondino naso-gastrico.

In questi 2 anni sono stati eseguiti 491 interventi di chirurgia bariatrica maggiore in cui è stato applicato il presente protocollo. Non ci sono stati casi di sanguinamento perioperatorio da riferire alla tromboprolifasi farmacologica né casi di embolia polmonare.

Non è stato eseguito *screening* perioperatorio con *doppler* venoso per evidenziare trombosi silenti.

Non sono state rilevate trombosi venose profonde sintomatiche.

Conclusioni

Il paziente bariatrico è ad alto rischio trombotico e l'insulto chirurgico aumenta questo rischio.

La presente strategia, in linea con le Linee Guida Europee, sembra per il momento la migliore anche se non annulla né il rischio emorragico né il rischio trombotico.

Ci preme sottolineare in questa sede come questo protocollo debba considerarsi valido per tutti i pazienti con obesità grave che si sottopongano a un intervento chirurgico di qualsiasi genere.

federica.marini@uslcentro.toscana.it

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FIRENZE

E-mail e PEC: protocollo@omceofi.it • segreteria.fi@pec.omceo.it
Toscana Medica: a.barresi@omceofi.it

Orario di apertura al pubblico

Mattina: dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30 alle ore 11,00 – Pomeriggio: lunedì e mercoledì dalle ore 15,30 alle ore 17,30

Rilascio certificati di iscrizione

Uffici: in orario di apertura al pubblico – Internet: sul sito dell'Ordine – Tel. 055 496 522

Tassa annuale di iscrizione

Bollettino postale, delega bancaria SEPA Core Direct Debit (ex RID).

Maggiori informazioni sul sito dell'Ordine.

Cambio di indirizzo

Comunicare tempestivamente ogni variazione della residenza anagrafica o del domicilio, specificando chiaramente presso quale indirizzo si desidera ricevere la corrispondenza. *Modulistica sul sito dell'Ordine.*

Commissione Odontoiatri: Il lunedì pomeriggio su appuntamento

Consulenze e informazioni: Consultazione Albi professionali sito Internet dell'Ordine

AMMI:- e-mail: ammifirenze2013@gmail.com – sito: www.ammifirenze.altervista.org

FEDERSPEV: 1° mercoledì del mese dalle ore 10 alle ore 11,30

Newsletter: inviata per e-mail agli utenti registrati sul sito Internet dell'Ordine

Info: Via Giulio Cesare Vanini 15 - 50129 Firenze - Tel. 055 496 522 - Fax 055 481 045

Siti: www.ordine-medici-firenze.it - www.toscanamedica.org

IL 25 NOVEMBRE È LA GIORNATA INTERNAZIONALE PER L'ELIMINAZIONE DELLA VIOLENZA CONTRO LE DONNE

Le Mutilazioni Genitali violano i diritti delle donne all'integrità fisica, alla non discriminazione e alla libertà da trattamenti crudeli e umilianti
DIAGNOSI DI MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI: EVOLUZIONE DEGLI STRUMENTI A DISPOSIZIONE

Lucrezia Catania, Omar Abdulcadir, Jasmine Abdulcadir

Nel 2016, il Centro di Riferimento Regionale per la prevenzione e la cura delle mutilazioni genitali femminili (MGF) di Firenze, l'Ambulatorio MGF degli Ospedali Universitari di Ginevra e l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) hanno pubblicato uno strumento diagnostico e didattico intitolato *Female Genital Mutilation: a visual reference and learning tool for healthcare professionals*¹.

Il 6 febbraio 2017, in occasione della giornata mondiale contro le MGF, tale documento fu presentato all'Ospedale di Careggi. Successivamente fu descritto in un articolo pubblicato su Toscana Medica (*Diagnosi di mutilazioni genitali femminili: percorsi e strumenti*)². In tale articolo veniva spiegato che lo strumento era fatto per affiancare in modo concreto il professionista nella sua pratica clinica e nella gestione autonoma di una paziente con MGF, in tutti i casi in cui fosse stato necessario comunicare, informare, promuovere la salute di donne con MGF, registrare o certificare un determinato tipo di MGF in cartella clinica o in certificati per richiedenti asilo e/o per segnalare alle autorità competenti casi di MGF.

Infine poteva essere utile nelle ricerche su prevalenza, tendenza e complicanze dei singoli tipi e sottotipi presenti in un territorio o in una struttura. Questo strumento si è dimostrato utile nella formazione, nell'insegnamento e nelle dispute legali.

Un video didattico scaricabile gratuitamente da youtube (www.youtube.com/watch?v=XRid7jUzMY), a cui si può accedere in modo rapido con lo scan del QR code attraverso lo smartphone, accompagna la pubblicazione. Questo atlante è riccamente illustrato con disegni esplicativi (forniti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità) delle corrispondenti foto dei vari tipi e sottotipi di MGF (fornite dal Centro di riferimento di Careggi e dagli Ospedali Universitari di Ginevra). Inoltre riporta una serie di immagini delle complicanze più diffuse (cisti, briglie ecc.). Con questo lavoro a più mani è stato possibile condividere in modo preciso la descrizione dei differenti tipi di MGF con altri professionisti della salute.



Nel 2018, è stato pubblicato un analogo strumento didattico dal titolo *Defibulation: a visual reference and learning tool*³, per guidare l'operatore al corretto accompagnamento della paziente prima, durante e dopo l'intervento di deinfibulazione, descrivendo gli strumenti chirurgici e tutti i tempi operatori per aprire la cicatrice che ricopre l'ingresso vaginale, rendere visibile il meato urinario nascosto dalla cicatrice stessa e, dove possibile, riesporre il moncone clitorideo o la clitoride intatta.

L'intervento di deinfibulazione migliora il flusso urinario e mestruale, riduce la dismenorrea e cura la dispareunia, risolve i problemi di infezioni recidivanti urinarie e vaginali, permette l'esecuzione degli esami strumentali transvaginali, le visite ginecologiche e l'espletamento del parto per vie naturali. Il video didattico allegato è scaricabile gratuitamente da youtube (www.youtube.com/watch?v=fbKpQe6Vj_c) ed è possibile accedere in modo rapido con lo scan del QR code attraverso lo smartphone.



Nel 2018, i due strumenti didattici, entrambi in inglese, sono stati adattati dall'Arizona State University in un unico libretto tascabile (classificazione, complicanze, intervento di deinfibulazione)⁴ e di entrambi sono stati usati i video didattici da Medici Senza Frontiere. Le traduzioni in francese e in tedesco sono in corso.

Nel 2019, con i patrocini degli Ospedali Universitari di Ginevra, dell'Ordine dei Medici della provincia di Firenze e della sua Commissione delle Pari Opportunità, e con il supporto dell'Associazione Nosotras, è stata creata una guida tascabile in Italiano, adattamento degli strumenti didattici *Female Genital Mutilation: a visual reference and learning tool for healthcare professionals* e *Defibulation: a visual reference and learning tool for healthcare professionals* e della guida dell'Arizona State University dal titolo *Mutilazioni Genitali Femminili (MGF): uno strumento di riferimento diagnostico e didattico per i professionisti della salute*.

Il manuale italiano è già stato diffuso in Italia durante momenti formativi universitari, master, corsi di aggiornamento e alcuni eventi curati dall'associazione Nosotras diretti a giuristi, mediatori culturali e presso la prefettura di Firenze. È stato anche allegato alle relazioni medico legali richieste da avvocati che seguono donne straniere con MGF vittime di tratta che chiedono la protezione internazionale.

Il 4 ottobre 2019, presso l'Ordine dei Medici di Firenze e con la cura di Nosotras, la nuova guida tascabile in Italiano è stata presentata nell'ambito delle giornate "L'Eredità delle Donne". Questo manuale è il risultato di più di 30 anni di lavoro ed esperienza con donne e bambine con MGF, e ha visto l'impegno di 2 generazioni di medici specialisti (Centro di Riferimento e Ambulatorio "MGF" del Servizio di Ginecologia del Dipartimento della donna, del bambino e dell'adolescente degli Ospedali Universitari di Ginevra). L'Ordine dei Medici Firenze è sempre stato in prima linea nell'aggiornamento dei suoi iscritti verso pratiche nocive della salute delle donne in generale e delle donne più vulnerabili in particolare. Ci auguriamo che tutti i professionisti della salute che incontreranno pazienti con MGF sapranno fare una giusta diagnosi con competenza medica e culturale, atta a creare un rapporto di fiducia indispensabile per la cura delle complicanze e per la prevenzione di tali pratiche nelle generazioni future.

LUCREZIA CATANIA, MD. Specializzata in Ginecologia e Ostetricia 1986, perfezionamento Sessuologia Clinica Università degli Studi di Pisa 1998 e Firenze 2003. Docente con incarico Master di Medicina Tropicale e Cooperazione Sanitaria, Scienze Ostetriche, Università degli Studi di Firenze, nei corsi di formazione Centro di Salute Globale Firenze, e online ag. Formas. Autrice di capitoli e articoli scientifici sulle MGF. Revisore di linee guida e manuale sulle MGF.

OMAR ABDULCADIR, MD. Specialista in Ginecologia e Ostetricia. Già direttore del Centro di Riferimento Regionale per la prevenzione e la cura delle MGF di Careggi, Firenze. Docente in numerosi corsi di formazione sulle MGF. Autore di capitoli e articoli scientifici sulle MGF. Revisore di linee guida e manuale OMS sulle MGF.

ASMINE ABDULCADIR, MD PD. FMH in Ginecologia e Ostetricia, formata in Medicina Sessuale (FECSM). Responsabile dell'Unità di Urgenze Ginecologiche e Ostetriche e dell'ambulatorio MGF del Dipartimento Donna, Bambino e Adolescente, Ospedali Universitari di Ginevra. Docente all'Unità di Riproduzione della Facoltà di Medicina dell'Università di Ginevra e alla Scuola Ostetriche Vaud. Consulente per l'OMS tra il 2013 e il 2017; attuale consulente per la rete svizzera contro le MGF e la Segreteria svizzera per la migrazione. Autrice di numerosi articoli scientifici e capitoli sulla salute riproduttiva e sessuale delle donne con MGF. Ha contribuito alle linee guida internazionali dell'OMS sulle MGF e revisionato il manuale sulle MGF OMS, le linee guida RCOG e AAP. Nel 2018, per il suo lavoro clinico e scientifico sulle MGF, è stata elevata al grado di Cavaliere Ordine al Merito della Repubblica Italiana.

Referenze

¹ Abdulcadir J, Catania L, Hindin MJ, et al. *Female genital mutilation: a visual reference and learning tool for health care professionals*. *Obstetrics & Gynecology* 2016;128:958-63.

² Catania L, Abdulcadir O, Abdulcadir J. *Diagnosi di mutilazioni genitali femminili: percorsi e strumenti*. *Toscana Medica* 2017;(9):19-22.

³ Abdulcadir J, Marras S, Catania L, et al. *Defibulation: a visual reference and learning tool*. *J Sex Med* 2018;15:601-11.

⁴ Johnsons-Agbakwu C, et al. *FGC Pocket Guide*. Southwest Interdisciplinary Research Center, Arizona State University, Downtown Phoenix Campus, Phoenix, Arizona. Funded by Grant Number WH-AST-16-002 from the US Department of Health and Human Services. Office of Women's Health (OWH). 2018 [cited 2018 Aug 18]. Available from: <https://sirc.asu.edu/content/resources>.





**PROF. MANFREDO
FANFANI**
RICERCHE CLINICHE

Piazza della Indipendenza 18/b - 50129 Firenze
Telefono 055 49701 - Fax 055 4970284
info@istitutofanfani.it - www.istitutofanfani.it